



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ODONTÓLOGA

TEMA:

**“INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES DISCAPACITANTES Y SU
RELACIÓN CON LAS LESIONES BUCALES AUTOINDUCIDAS”**

AUTORAS:

VANESSA KATHERINE CEDEÑO MENDOZA

ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JORGE MENDOZA ROBLES Dip. Gs.

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2013



CERTIFICACIÓN

Certifico que la tesis de la investigación titulada **“Investigación de enfermedades discapacitantes y su relación con las lesiones bucales autoinducidas”**, es trabajo original de Vanessa Katherine Cedeño Mendoza y de Rosario Elizabeth Cedeño Quiroz, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Jorge Mendoza Robles Dip. Gs.

DIRECTOR DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Investigación de enfermedades discapacitantes y su relación con las lesiones bucales autoinducidas.”

Tesis de grado sometida a tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Dra. Ángela Murillo Almache. Mg.Sp

COORDINADORA

Dr. Jorge Mendoza Robles Dip. Gs.

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Nelly San Andrés Plúa

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Paola Chong V.MD. Mg. Emerg.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



DECLARATORIA

Las responsabilidades de ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo, “Investigación de enfermedades discapacitantes y su relación con las lesiones bucales autoinducidas” pertenece exclusivamente a las autoras:

Vanessa Katherine Cedeño Mendoza

Estudiante

Rosario Elizabeth Cedeño Quiroz

Estudiante

DEDICATORIA

Lo que hace invencible al ser humano es su voluntad para lograrlo todo y tener cada cosa de nuestra vida en orden es parte esencial de lo que queremos proyectar, demostrando nuestra capacidad de superación. La presente obra expuesta ante nuestras manos ha sido fruto del esfuerzo, voluntad, perseverancia y empeño a través de los años y la dedico con amor. Por mi existencia a Dios, por ser el motor de mi vida, fuente de luz y sabiduría en todo momento, convirtiéndome en un ser humano generoso con los demás.

A mi padre Ángel Cedeño Cedeño y a mi madre Zoila Mendoza Cedeño, por el apoyo incondicional que siempre me han brindado, quienes han sido mis guías enseñándome a transitar por el camino del bien. A Fernando y Viviana mis hermanos, mis ángeles con los cuales he crecido desde la pequeñez a la grandeza y por compartir conmigo los enigmáticos eventos de mi vida.

A mis maestros que han sabido formar en mí y en mis compañeros la filosofía del saber a través del pensamiento. Y todos los que de manera directa e indirecta permitieron llevar a cabo éste trabajo y me recibieron en sus humildes hogares y han aportado una lágrima, un detalle, un pensamiento y una palabra a tiempo conmigo que sirven para mi superación humana y profesional.

Vanessa Katherine Cedeño Mendoza.

AGRADECIMIENTO

En el transitar de la vida existen logros y detrás de cada logro, un desafío, un nuevo camino por recorrer. Cada vez que se alcanza la meta deseada se transforman los sentimientos en palabras “decir gracias” mucho más que un par de sílabas es una demostración cordial que no puedo describirla del todo. Hoy extiendo mi agradecimiento a la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo por abrir sus puertas y brindarme la oportunidad de realizar mis estudios, encontrándome en el umbral de ser profesional.

Con el alma regocijante de alegría agradezco a Dios por la bendición de tener a mi familia quienes con esmero, dedicación y amor me han sostenido emocional y financieramente, deleitándose también de mis aspiraciones y éxitos, pues decirles gracias no basta por el amor infinito que me profesan a través de sus acciones.

A Rosario Cedeño Quiroz compañera de tesis y amiga por la afinidad y alegrías compartidas durante todo el proceso de ejecución de la investigación. Por el tiempo que dimos para apreciar la vida y compartirla con los demás.

Vanessa Katherine Cedeño Mendoza.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo es parte fundamental de la culminación de una etapa más de mi vida, me llena de satisfacción saber que valió la pena la lucha constante por parte de mis seres queridos y de todas las personas que de distinta forma contribuyeron con mi realización personal.

Dedico esta meta alcanzada a mis padres: Gumercindo y Esperanza, seres inigualables que con su amor, entrega y sabiduría dieron todo de sí para transmitirme valores y conocimientos que me han sido de gran utilidad para enfrentar duros retos, por brindarme oportunidades y confiar en mí.

A mis hermanos: José, Mary, Chiqui, Boris y Carlos cuya presencia ha sido parte fundamental de mi vida y quienes siempre estuvieron prestos a apoyarme en todo sentido.

A mi esposo Junior, con quien formamos un hogar y quién siempre creyó en mi capacidad de hacerle frente que a la vida, su amor, constancia y paciencia me sirvieron para avanzar positivamente hacia la meta. A mi pequeño bebé que me transmite felicidad desde lo más profundo de mi ser, desde ya con sus ocurrencias me alegra la vida y mi corazón lo anhela con tanta emoción.

Rosario Elizabeth Cedeño Quiroz.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Ser Todopoderoso Jehová por permitirme ser parte de su creación, por estar siempre presto a escuchar mis oraciones y quien ha derramado en mí tanta bondad, por transmitirme mediante su palabra tantos conocimientos, valores morales y sabiduría. A mis seres queridos, quienes me incentivaron a seguir por este duro pero satisfactorio camino hacia la superación, les agradezco de todo corazón por haberme brindado su apoyo incondicional, por haber demostrado tanto esfuerzo en mi formación y haber velado por mi bienestar. A mis compañeros y amigos con quienes compartí conocimientos y vivencias a lo largo de la carrera, por ser parte complementaria de mi vida estudiantil.

A las autoridades de la Universidad por haberme permitido obtener conocimientos en esta institución, a las autoridades de la Carrera Odontología por mejorar cada día para el bienestar de los estudiantes, a los docentes de la Universidad y de nuestra Carrera por haberme brindado conocimientos y permitirme desarrollar destrezas para aplicarlas durante la profesión y por impulsarme a estudiar e investigar diariamente.

A mi compañera de tesis Vanessa y a su familia por darme su apoyo y comprensión, por haberme brindado su confianza y permitido compartir momentos agradables en su hogar.

Rosario Elizabeth Cedeño Quiroz.

SUMARIO

Este trabajo investigativo fue realizado cumpliendo una secuencia de procedimientos durante su ejecución: el capítulo 1 describe el tema de la investigación que nació de la observación primaria de una problemática común en la población de discapacitados de la parroquia Riochico, a raíz de dicho problema surgió la necesidad de estudiarlo a fondo por lo que se trazaron metas que condujeran a establecer relaciones entre las enfermedades discapacitantes y las lesiones bucales autoinducidas en las personas discapacitadas. En el capítulo 2 se redacta la problemática presente en los discapacitados dentro del contexto geográfico que se presenta (la parroquia Riochico), el problema y tema de la investigación se sustenta en información proveniente de bibliografía científica.

Como se describe en el capítulo 3 dichos datos científicos fueron útiles para elaborar los instrumentos de recolección de información que se emplearon durante el trabajo de campo, contando con todas las herramientas necesarias se pudo aplicar la investigación de campo en la población de 103 personas discapacitadas. Por último en el capítulo 4 se encuentran los resultados del trabajo de campo los cuales fueron interpretados y analizados para redactar la síntesis constituida por las conclusiones y aquellas conformaron la base de las recomendaciones reflejadas en la propuesta alternativa.

SUMMARY

This research work was performed in compliance with a sequence of procedures during implementation: Chapter 1 describes the research topic was born from the observation that primary common problems of the disabled population of the parish Riochico, following this problem arose need to study thoroughly so goals were outlined that would lead to establishing relationships between disabling illnesses and self-induced oral lesions in people with disabilities. In Chapter 2 the problem of writing present in the disabled within the geographical context presented (the parish Riochico), the problem and the subject of research is based on information from scientific literature.

As described in Chapter 3 such scientific data were useful for making the data collection instruments that were used during the field work, with all the necessary tools could be applied field research in the village of 103 people with disabilities. Finally in Chapter 4 are the results of the fieldwork which were interpreted and analyzed to draw the synthesis consist of the conclusions and those formed the basis of the recommendations reflected in the proposed alternative.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

Caratula o portada	
Certificación del director de tesis.....	ii
Certificación de tribunal.....	iii
Declaración de autoría.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento.....	viii
Sumario.....	ix
Summary.....	x
Índice de contenidos.....	xi
Índice de los resultados de la investigación.....	xiii
Introducción.....	2
Antecedentes.....	4

CAPÍTULO I:

1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Formulación del problema.....	8
1.3 Justificación.....	9
1.4 Formulación de los objetivos.....	11
1.5 Hipótesis.....	11

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Marco institucional.....	12
2.2 Enfermedades discapacitantes.....	14
2.3 Discapacidad física.....	20
2.3.1 Hidrocefalia.....	21
2.3.2 Accidente cerebrovascular.....	24
2.3.3 Lesión medular.....	28
2.3.4 Poliomielitis.....	30
2.4 Discapacidad intelectual.....	32
2.4.1 Retraso mental.....	34
2.4.2 Síndrome de Down.....	38
2.4.3 Enfermedad de Crouzon.....	42
2.4.4 Síndrome alcohólico fetal.....	44
2.4.5 Parálisis cerebral infantil.....	45
2.5 Trastornos neuropsicológicos.....	51
2.5.1 Epilepsia.....	51
2.5.2 Autismo o espectro autista.....	54
2.5.3 Esquizofrenia.....	57
2.6 Consideraciones generales biopsicosociales.....	61
2.6.1 Factores biosicosociales.....	61
2.6.2 Experiencias y visiones.....	62

2.6.3 Prevalencia y vulnerabilidad de las poblaciones.....	63
2.6.4 La sociedad y la discapacidad.....	63
2.6.5 Inclusión y exclusión social.....	65
2.6.6 Integración, igualdad y rehabilitación.....	66
2.6.7 El desempeño del Conadis en el Ecuador.....	67
2.6.8 Ámbito psicológico en el área de la discapacidad.....	68
2.7 La salud bucal en los discapacitados.....	69
2.8 Lesiones bucales autoinducidas.....	70
2.9 Hábitos o causas de lesiones bucales.....	72
2.9.1 Succión con fines no nutritivos.....	72
2.9.2 Onicofagia.....	73
2.9.3 Hábitos labiales.....	74
2.9.4 Bruxismo.....	75
2.10 Hábitos autolesivos.....	76
2.10.1 Lesiones de las mucosas.....	77
2.10.2 Lesiones de los tejidos duros.....	82
2.10.3 Lesiones gingivoperiodontales.....	84
2.11 Asistencia médico – odontológica en pacientes discapacitados....	88
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	98
3.1. Métodos.....	98
3.1.1. Modalidad básica de la investigación.....	98
3.1.2 Nivel o tipo de investigación.....	98
3.2. Técnicas.....	99
3.3. Instrumentos.....	99
3.4. Recursos.....	100
3.5. Población y muestra.....	101
3.5.1. Población.....	101
3.5.2. Tamaño de la muestra.....	101
3.6. Tipo de muestra.....	103
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	104
4.1. Cuadros y gráficos.....	104
4.2. Análisis e interpretación de los resultados.....	104
Conclusiones.....	174
Recomendaciones.....	175
Bibliografía.....	177
CAPÍTULO V: PROPUESTA.....	182
ANEXOS	

ÍNDICE DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CUADRO N°1	Indique el tipo de discapacidad que posee.....	104
GRÁFICO N°1	.....	104
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		105
CUADRO N° 2	El tipo de discapacidad que tiene, ¿le dificulta para realizar actividades cotidianas?	106
GRÁFICO N° 2	.....	106
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		107
CUADRO N° 3	El tipo de discapacidad que tiene, ¿le dificulta para realizar actividades cotidianas?.....	109
GRÁFICO N° 3	.....	109
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		110
CUADRO N° 4	El tipo de discapacidad que tiene, ¿le dificulta para realizar actividades cotidianas?.....	111
GRÁFICO N° 4	.....	111
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		112
CUADRO N° 5	El tipo de discapacidad que tiene, ¿le dificulta para realizar actividades cotidianas?.....	114
GRÁFICO N° 5	.....	114
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		115
CUADRO N° 6	La enfermedad discapacitante que tiene ¿le impide realizar su higiene bucal diaria?.....	116
GRÁFICO N° 6	.....	116
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		117
CUADRO N° 7	La enfermedad discapacitante que tiene ¿le impide realizar su higiene bucal diaria?.....	118
GRÁFICO N° 7	.....	118
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		119
CUADRO N° 8	La enfermedad discapacitante que tiene ¿le impide realizar su higiene bucal diaria?.....	120
GRÁFICO N° 8	.....	120
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		121
CUADRO N° 9	La enfermedad discapacitante que tiene ¿le impide realizar su higiene bucal diaria?.....	122
GRÁFICO N° 9	.....	122
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		123
CUADRO N° 10	¿El paciente tiene o ha tenido algún comportamiento agresivo compulsivo consigo mismo o con los demás?.....	124
GRÁFICO N° 10	.....	125
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		126
CUADRO N° 11	¿El comportamiento agresivo y convulsivo del paciente durante la enfermedad discapacitante le ha provocado u ocasionado lesiones en la boca?.....	128

GRÁFICO N° 11	129
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	130
CUADRO N° 12 Hábitos o causas de lesiones bucales de acuerdo a la discapacidad física, intelectual o enfermedad neuropsicológica.....	131
GRÁFICO N° 12	132
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	133
CUADRO N° 13 Índice de hábitos por discapacidades.....	135
GRÁFICO N° 13	136
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	137
CUADRO N° 14 Lesiones en la boca por succión digital.....	139
GRÁFICO N° 14	139
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	140
CUADRO N° 15 Lesiones en la boca por onicofagia.....	141
GRÁFICO N° 15	141
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	142
CUADRO N° 16 Lesiones en la boca por mordeduras o morsicatum...	144
GRÁFICO N° 16	114
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	145
CUADRO N° 17 Lesiones en la boca por rechinar dental o bruxismo	146
GRÁFICO N° 17	146
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	147
CUADRO N° 18 Lesiones en la boca por caídas o traumatismos.....	148
GRÁFICO N° 18	148
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	149
CUADRO N° 19 Lesiones bucales por llevarse objetos a la boca.....	150
GRÁFICO N° 19	150
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	151
CUADRO N° 20 Índice del tipo de lesiones en personas con discapacidad física.....	152
GRÁFICO N° 20	152
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	153
CUADRO N° 21 Índice del tipo de lesiones en personas con discapacidad intelectual.....	156
GRÁFICO N° 21	156
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	157
CUADRO N° 22 Índice del tipo de lesiones en personas con enfermedades neuropsicológicas.....	160
GRÁFICO N° 22	160
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	161
CUADRO N° 23 Tipos de lesiones bucales encontradas en los pacientes con enfermedades discapacitantes.....	163
GRÁFICO N° 23	164
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	165
CUADRO N° 24 Politraumatismos bucales en las enfermedades neuropsicológicas.....	168
GRÁFICO N° 24	168
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	169

CUADRO N° 25	Prevalencia de politraumatismos bucales en pacientes con enfermedades neuropsicológicas.....	170
GRÁFICO N° 25	.....	171
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....		172

INTRODUCCIÓN

El desarrollo y evolución de la odontología a nivel mundial ha contribuido con el avance de políticas de difusión y promoción de los servicios sanitarios, siendo cada día más personalizada en nuestra población, anteriormente sólo ciertos grupos eran los beneficiados en cuanto a la atención odontológica por motivos relacionados con la cuestión económica, actualmente los procedimientos preventivos y tratamientos odontológicos que aseguran la preservación de la salud bucodental son parte de un derecho del cual todos los seres humanos podemos gozar sin discriminar que el servicio sea público o privado excluyendo la importancia del nivel socioeconómico de los beneficiarios.

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública otorga a todos los individuos el libre acceso a los servicios sanitarios dirigiendo su especial atención hacia los grupos prioritarios: niños, ancianos, mujeres embarazadas y pacientes con enfermedades discapacitantes, siendo los discapacitados el grupo en el que se agotan mayores esfuerzos debido a que están constantemente expuestos a presentar diversas patologías orales durante su vida en comparación con las demás personas, la importancia de realizar la presente investigación surgió a partir de la creciente preocupación que existe en nuestro medio por la influencia de la discapacidad en la salud bucodental de los personas.

Este trabajo investigativo fue desarrollado tomando en cuenta que las personas con enfermedades discapacitantes no solo padecen enfermedades infecciosas como la gingivitis, enfermedad periodontal y caries, sino que son este grupo de

personas con discapacidad que mayormente desarrollan hábitos autolesivos, por su variado cuadro patológico presentan limitaciones en su vida diaria especialmente al realizar su higiene bucal, tienen manifestaciones de agresividad, sufren traumatismos bucales por caídas y movimientos involuntarios, como ejemplo: las convulsiones, que padecen las personas son intermitentes y temporarias que dejan secuelas.

Por lo expuesto y teniendo la oportunidad se compiló, no solo datos bibliográficos sino el aporte social que se adquirió en la parroquia Riochico del cantón Portoviejo acerca de la población de los pacientes discapacitados, de su estilo de vida, de su acción participativa en la vida, de la atención familiar, médica y odontológica, con el objetivo de establecer la relación existente entre las enfermedades discapacitantes y las lesiones bucales autoinducidas en los pacientes

ANTECEDENTES

“Un estudio realizado en el Centro de Atención a discapacitados psíquicos de Albacete España en el 2010, demostró la prevalencia de patologías orales: sobre todo de caries y afectación periodontal debido a la deficiente higiene oral y al consumo de ciertos fármacos. En cuanto a las enfermedades asociadas: pacientes con epilepsia, autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, retraso mental, encefalopatía, constituyen la población de los albergados y se determina que el 55% no se cepilla los dientes, el 43% se lo cepilla el cuidador, y el 2% se lo cepilla solo pero supervisado por el cuidador. En cuanto al tipo de dieta es blanda en el 72% y normal en el resto. La comunicación de los pacientes con el exterior es nula en el 83% y si es capaz de comunicarse con el cuidador el 17%. Los hábitos registrados 39% respiración bucal, 7% bruxismo, 3% interposición lingual que todo esto conlleva a maloclusiones dentarias”. (Sáez, Castejón, Molina, Roncero, & Martínez, 2010. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2010000100006>).

“Se realizó un estudio clínico, epidemiológico, en el Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), el objetivo fue establecer la prevalencia de las enfermedades de la mucosa bucal en 401 pacientes y en cada una de las muestras; determinar la influencia del género, la edad, la localización en la mucosa, la situación socio-económica-cultural, establecer la frecuencia relativa por categorías de enfermedades y comparar los resultados obtenidos con

estudios similares de otros medios. La prevalencia total fue de 32.9%; en CASMU 36.8% y en INAU 29%. Las variables edad y género no determinaron diferencias significativas. Se consideraron lesiones: traumáticas, de desarrollo, infecciosas, inmunoalérgicas, crecimientos tisulares, por acción del tabaco e idiopáticas. Las lesiones más prevalentes fueron las traumáticas, entre estas lesiones autoinfligidas (labios, carrillos, encías, paladar duro y blando) y las de desarrollo”. (Keochgerián, Cuetas, Padula, & Scavino, 2009. *Frecuencia de las enfermedades de la mucosa bucal en el Uruguay en niños de 0 a 14 años*. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168893392009000200005&script=sci_arttext).

“En Ecuador estudios realizados por el Consejo Nacional de Discapacidades (Conadis), el número de personas con alguna discapacidad es bastante elevado, existen cerca de 335.007 ecuatorianos que padecen algún tipo de discapacidad. Los datos evidencian que 184,336 hogares tienen al menos un familiar con algún problema físico o mental. De todo este grupo se estima que 40.080 corresponden a discapacidades auditivas, 163.074 son personas con discapacidad física, 75.760 corresponde a discapacidad intelectual, mientras que los problemas de lenguaje tienen un índice de 4.874, las personas con discapacidades psicológicas son 13.522 y las discapacidades visuales reúnen a 38.588 personas. En la Costa y en la Sierra existen mayor cantidad de personas con discapacidad, particularmente en Guayas, Pichincha y Manabí ya tienen la mayor cifra de personas que padecen una u otra discapacidad de acuerdo a su densidad regional”. (Periódico últimas noticias, 2010. La discapacidad en el

Ecuador. Recuperado de <http://www.ultimasnoticias.ec/noticias/834-la-discapacidad-en-ecuador.html>).

“Un estudio realizado en la Universidad de Loja en el 2011 demostró que la aplicación de las estrategias de actividad física recreativa, en el 50% de usuarios discapacitados mejora la flexibilidad y el desarrollo psicomotriz, impartir normas de higiene permiten prevenir enfermedades y crear hábitos saludables en las personas con discapacidad y la capacitación actúa positivamente en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil del MIES, incluso para detectar retrasos y aplicar como estrategia la estimulación temprana”. (Heredia, 2011. Recuperado de <http://cepra.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2718/1/Tesis%20de%20Heredia%20Calderon%20Jeanette%20Maricel.pdf>).

En base a estudios realizados en el Ecuador referente a personas discapacitadas, su estilo de vida y promoción de salud, y debido a la necesidad de estudios en la provincia de Manabí, ha sido de gran interés llevar a cabo esta investigación en la parroquia Riochico del cantón Portoviejo, con la finalidad de brindar aportes informativos y sobre la cantidad de usuarios discapacitados y aparición de lesiones bucales autoinducidas.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el campo de la ciencia respecto a la salud, la discapacidad ha sido ampliamente estudiada: sus causas, las manifestaciones más comunes, sus consecuencias, y el mejoramiento del estilo de vida de estos pacientes. En las personas con enfermedades discapacitantes las manifestaciones bucales a raíz de estímulos autoinducidos son de vital importancia reconocer porque pudiera observarse ciertas lesiones que son causadas por factores distintos a los ejecutados por el mismo paciente y es común observar patologías asociadas a la ingesta de medicamentos, problemas inmunológicos, y a la discapacidad.

“A nivel mundial las enfermedades discapacitantes son la principal causa de preocupación porque las cifras estadísticas van en aumento. La OMS estima que el 15% de la población en el mundo presenta algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial u orgánica, congénita o adquirida en cualquiera de sus grados; encontrándose el índice más elevado en los países europeos ya que 200 millones de éstos habitantes sufren algún tipo de discapacidad física o mental, es decir, un 25 por ciento de los habitantes de los Estados miembros del Consejo de Europa, siendo éste porcentaje superior al correspondiente a la escala mundial que cuenta con un total de 650 millones de discapacitados”. (Carrie, 2 de Abril del 2012. *Discapacidad e inserción laboral. Eduaméricas*. Recuperado de <http://www.educamericas.com/articulos/reportajes/discapacidad-e-insercion-laboral>).

“En Latinoamérica el caso es similar y las cifras persisten, por ejemplo en Chile hay cerca de 2 millones y medio de personas aproximadamente el 15% de la población presenta una discapacidad en cualquiera de sus grados ya sea física, mental o psíquica; y 1,1 millones tienen algún déficit o carencia sensorial limitante para realizar actividades cotidianas, lo más preocupante es que en cada tres familias hay al menos un miembro con discapacidad”. (Correa, 2012. *Discapacidad en Chile*. Fundación nacional de discapacitados. Recuperado de <http://www.fnd.cl/discapacidadenchile.html>).

“En Ecuador el caso es similar, según el Consejo Nacional de Discapacidades la discapacidad en la población es un problema evidente, los datos demuestran que 342.094 personas tienen algún problema de discapacidad, el mayor número es representado por las personas que padecen discapacidades intelectuales y discapacidades físicas. La Misión Manuela Espejo lleva a cabo el análisis de las personas que padecen enfermedades discapacitantes en nuestro país, dicha misión tiene a su cargo la inclusión social de éstos pacientes y ofrecerles una mejor calidad de vida”. (El Universo, 2012. Las causas de discapacidad. Recuperado de <http://www.eluniverso.com/2012/12/04/1/1364/causas-discapacidad.html>).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen las enfermedades discapacitantes en las lesiones bucales autoinducidas?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La investigación y procesamiento de información acerca del problema existente en la parroquia Riochico permite conocer la existencia de lesiones bucales autoinducidas que los habitantes con enfermedades discapacitantes están propensos a padecer debido a su estado general de salud, es un problema que tiene mucha relevancia porque el número de personas que padecen estos problemas es elevado en esta parroquia rural.

El Gobierno Ecuatoriano mediante sus políticas de estado que lleva a cabo la Vicepresidencia de la República permite el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedades discapacitantes, el fin de ésta política de estado es permitir que los pacientes con necesidades especiales reciban atención oportuna en cuanto a atención médica y especializada en materia de discapacidad y atención odontológica de forma gratuita. Recalca como política de estado, la inclusión económica y social a la que los pacientes tienen oportunidad les permite mejorar sus destrezas y desarrollar aptitudes que van en beneficio del individuo y de sus familias.

La investigación acerca de las lesiones bucales autoinducidas en pacientes con enfermedades discapacitantes en la parroquia Riochico podría despertar interés en su población y autoridades que juntos colaboran en el desarrollo social y cultural de la parroquia, el problema existente influye directamente en el desempeño social de sus habitantes y realizar la investigación permite conocer que a pesar de presentar ciertas discapacidades, los individuos son entes

potenciales que tienen la oportunidad de desarrollar destrezas y aptitudes que aportan positivamente al crecimiento social de ésta parroquia rural.

El aporte científico que la investigación generaría es determinar posibles causas desconocidas de las lesiones bucales a la que los individuos discapacitados podrían verse expuestos, conocer los distintos tipos de discapacidad generados por la enfermedad causante, las lesiones y manifestaciones bucales que el estado general de salud del paciente podría agravar u originar; es importante también reconocer que la capacitación a familiares de los pacientes permite ofrecer una mejor calidad de vida al individuo mediante la atención odontológica oportuna, de ésta forma se evita en gran medida que se generen lesiones y en casos en que no se pueden evitar encontrar la mejor manera de contrarrestar las consecuencias de la discapacidad.

La factibilidad de realizar la investigación en la parroquia se debe a que existe gran número de pacientes que presentan patologías en la cavidad bucal causadas por la enfermedad discapacitante, por ejemplo: autoagresión bucal en pacientes con enfermedades mentales, traumatismos por procesos epilépticos o convulsivos, problemas neuromusculares, oclusales, entre otros. Existe gran cantidad de información en el Centro de Salud de Riochico acerca de la discapacidad, de la medicación que se les prescribe y los croquis de cada domicilio de los discapacitados; los pobladores de la parroquia Riochico brindan la información personal de los pacientes y las autoridades de la parroquia están prestas a facilitar información para el desarrollo de la investigación, es decir se

cuenta con los suficientes recursos humanos, bibliográficos, científicos y económicos.

1.4. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer la relación existente entre las enfermedades discapacitantes y las lesiones bucales autoinducidas en los pacientes del Centro de Salud de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar qué enfermedades discapacitantes físicas, intelectuales y neuropsicológicas limitan la ejecución de actividades cotidianas en los pacientes.
- Establecer las causas y hábitos bucales autolesivos que podrían presentar los pacientes que padecen enfermedades discapacitantes.
- Indagar si las enfermedades neuropsicológicas exponen a los pacientes a padecer politraumatismos bucales.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema encontrado.

1.5. HIPÓTESIS

Las enfermedades discapacitantes inciden en la presencia de lesiones bucales autoinducidas en los pacientes.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO INSTITUCIONAL

Riochico es una parroquia rural perteneciente al cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí, está situado a una altura de 557 metros sobre el nivel del mar, tiene un aproximado de 13,685 habitantes pertenecientes a todos los sitios que posee en toda su extensión. Riochico debe su nombre a su propio río que cubría todo el valle de la Gran Pampa del Tintal en época de la Colonia. Su fecha de fundación es incierta, no existe, pero se cree que fue a finales del siglo XVI.

Ésta comunidad pasó por diferentes nombres desde que su fundador español José Manuel Guerrero del Barco en época de la Colonia le llamó “Los Tintales” o “Pampas del Tintal”, luego a finales del Siglo XVIII se llamó “Santa Bárbara”, a principios del siglo XIX de la Gran Colombia con la Ley de División Territorial de 1824 se llamó “Riochico” obteniendo la categoría de viceparroquia y el 13 de Mayo de 1861 en el Gobierno de Gabriel García Moreno se eleva a la categoría de parroquia rural del cantón Portoviejo. En el siglo XIX fue uno de los pueblos mas importantes de Manabí desde luego lo llamaron “La Joya de Manabí” por ser considerado como la capital económica por su comercio en importación y exportación de productos.

En cuanto a su población en general, los habitantes reciben atención médica proveniente de casas de salud: Seguro Social Campesino, consultorios médicos y odontológicos particulares y el Centro de Salud, éstas casas de salud ofrecen

atención odontológica a personas con enfermedades discapacitantes que les impiden llevar un ritmo de vida adecuado en el medio en que se desenvuelven. En la Parroquia Riochico la prevalencia de enfermedades discapacitantes es significativa, según estudios previos realizados por el Conadis estima que existen aproximadamente 330 personas con distintas discapacidades y 108 correspondientes a discapacidad intelectual de leve a severa que en total son 222 aproximadamente.

El Centro de Salud Riochico empezó a funcionar el 20 de Agosto de 1969, junto al Departamento de Policía y la oficina del Registro Civil en la calle 10 de Agosto, sus fundadores fueron la Sra. Modesta Balda Murillo y el médico rural Fortunato Navia Aray, en el año 1976 empezó a laborar la Sra. Ruth Arteaga Santana. En 1980 luego de la expropiación de los terrenos de la familia Vera en la calle 24 de Mayo entre 10 de Agosto y Olmedo fue construido el Centro de Salud donde funciona hasta la actualidad. En 1983 se crea el departamento de odontología, en el cual empezó a laborar como odontóloga rural la Dra. Emérita de Angulo.

Actualmente permanece en los predios donde se construyó en la Calle 24 de Mayo entre 10 de Agosto y Olmedo, dicha casa de salud cuenta con mejor adecuación teniendo en funcionamiento el Departamento de Dirección en el que labora el Dr. David Molina Alvarado como autoridad, el Área de Recepción, el Área de Preparación de Enfermería, el Departamento de Vacunación, tres consultorios médicos, el Departamento Odontológico conformado por la Dra. Natalia Sánchez y la Lcda. Jahaira Perero, una farmacia, un Departamento de Malaria y cuenta con una ambulancia.

Las visitas domiciliarias a los pacientes discapacitados se llevan a cabo con frecuencia y es una labor desempeñada por la Dra. Natalia Sánchez (odontóloga) y la Dra. Beatriz Bravo (médico) quienes son parte del programa EBAS y ofrecen gran información en cuanto al tipo de discapacidad, la gravedad, la situación económica del paciente y su familia, las consecuencias bucales producto de la discapacidad, la interacción del paciente con el medio social en que se desarrollan, la educación respectiva que reciben, la inclusión económica y social a la que los pacientes tienen acceso de acuerdo a las políticas de estado actuales.

2.2. ENFERMEDADES DISCAPACITANTES

La enfermedad es un término para conceptualizar un conjunto de procesos patológicos o fenómenos anormales que se producen en un período temporal o permanente en una persona. Las enfermedades discapacitantes son aquellas afectaciones de disfunción orgánica modifican el actuar, pensar, sentir y estilo de vida del ser humano provocándole dificultades y dependencia en diversos niveles, un paciente especial o discapacitado es aquella persona que física y mentalmente se diferencia de los demás. De tal modo, el proceder conductual y el ritmo de vida de las personas están constituidas por una serie de aspectos que interaccionan entre sí, como el cognitivo, psicomotriz, afectivo, relacional y social.

En la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, el artículo 1 argumenta que:

Las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás¹. (Carr, 2009, p. 5).

Existen muchas teorías que definen a la discapacidad desde diversos puntos de vista, no sólo la conceptualizan como un modelo exclusivamente médico, sino también como un modelo de interacción social para así explicar y entender el funcionamiento, la potencialidad y limitaciones del individuo con respecto a su entorno familiar y comunitario. Diversas convenciones han coincidido que ha sido controversial definir un concepto claro de discapacidad y llegan a la conclusión que no es sólo funcional, debido a una deficiencia o enfermedad y ésta podría ser o no modificable, más no en todos los casos curadas, y sitúan la deficiencia de una persona como una condición patológica, y el conjunto de esas deficiencias determina y considera a la persona impedida como un ser discapacitado biopsicosocial supeditado a la colaboración de otras personas para llevar a cabo sus actividades.

Palacios (2008), refiere que en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se postuló que el concepto debe ser amplio que debería incluir el ámbito social y no ser netamente médico. Tomando en cuenta el modelo médico y social, la International Disability Caucus ha propuesto que los Estados que forman parte de aquella convención:

¹ Carr, V. (2009). *Se trata de la Capacidad. Guía de aprendizaje acerca de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Estados Unidos: A World Enabled. Unicef.

Definan a una persona con discapacidad como aquella cuya posibilidad de llevar una vida inclusiva en comunidad se encuentra limitada por el impacto del entorno físico, económico, social y cultural y de factores personales que surgen de condiciones físicas, sensoriales, psicosociales, neurológicas, médicas, intelectuales u otras, y que puedan ser permanentes, temporarias, intermitentes, percibidas o imputadas². (Palacios, 2008, p. 346).

La enfermedad y la deficiencia se relacionan, debido a que la pérdida o disminución de una función orgánica y biológica puede ser de carácter transitorio o permanente, leve o grave, y ciertas personas con enfermedades discapacitantes no siempre presentan limitaciones en las actividades cotidianas. Torres (2010) manifiesta que un discapacitado presenta “modificación del comportamiento, estilo de vida, modificando las posibilidades de acción en la vida diaria, como consecuencia de la deficiencia específica”³. (p. 15). Si el discapacitado no es considerado como un enfermo y posee salud, bienestar social, es fundamental hablar de salud y de la conservación de la misma, conceptualizándola como el complejo de bienestar físico, mental, social y espiritual y no como la ausencia de enfermedad o de la incapacidad de las personas.

Etiología de las enfermedades discapacitantes

En situaciones normales las personas experimentan cambios graduales en el crecimiento y en el desarrollo, estos procesos conllevan a la maduración de todos los órganos y pueden ser modificados por factores inherentes, intrínsecos o extrínsecos. Las alteraciones producto de estos factores predisponen al ser

² Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid: Cinca. S.A.

³ Torres, M. A. (2010). *Recursos metodológicos en Educación Física con alumnos con discapacidad física y psíquica*. España: Pila Teleña.

humano a cambios estructurales y funcionales teniendo como consecuencia una enfermedad o deficiencia conllevando a las enfermedades discapacitantes físicas, mentales y neuropsicológicas.

De algunas enfermedades discapacitantes se desconoce el origen, pero la mayoría se deben a múltiples causas entre las que se encuentran, las causas genéticas en la que se produce el daño específico a nivel del gen o cromosoma, provocando alteraciones irreversibles en la formación y desarrollo del feto, dejando como consecuencia defectos intelectuales y físicos. Podrían ser heredables a la descendencia. Las causas congénitas se adquieren ocasionalmente durante el embarazo, Gómez (2009) dice en su obra que los defectos congénitos no genéticos, “aparecen durante la organogénesis, pero no se deben a alteraciones del ADN del individuo y por lo tanto no son transmisibles a la descendencia”⁴. Las causas adquiridas son exclusivamente producto de factores externos que predisponen al individuo a padecer trastornos y alteraciones en el desarrollo orgánico-funcional, desencadenando manifestaciones sistémicas. Y se pueden adquirir por infecciones, accidentes y traumas o por enfermedades degenerativas o tumores.

Clasificación de enfermedades discapacitantes

Las enfermedades o problemas sistémicos que padecen las personas eran de difícil categorización y Sendra (2009) manifiesta que “en 1980 la OMS presentó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades (CIDDM) y

⁴ Gómez, M. (2009). *Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental*. (3ra ed.). México: Panamericana.

minusvalías, establece un modelo secuencial, basado en el esquema etiología-patología-manifestación”⁵. (p. 140).

Enfermedad

Deficiencia

Discapacidad

Minusvalía

Sin embargo ésto conllevaba a la confusión en el momento de diferenciarlas, por lo cual se modificó para el año 2001. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define la discapacidad como un término genérico que engloba enfermedades, deficiencias, limitaciones potenciales y restricciones de las actividades individuales del ser humano. En “algunas personas la situación de discapacidad les habrá acompañado a lo largo de toda su vida y, en otros casos, será la edad o los procesos de enfermedad los que les habrá desencadenado dicha discapacidad y, consecuentemente la situación de dependencia”⁶. (Sendra, 2009, p. 449).

La clasificación abarca tres grupos de discapacidad en función:

Discapacidad física

Hidrocefalia

⁵ Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones: Clasificación y etiologías frecuentes*. España: Ideas propias.

⁶ Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones: Clasificación y etiologías frecuentes*. España: Ideas propias.

Accidente cerebrovascular.

Lesión medular

Poliomielitis

Discapacidad intelectual

Retraso Mental

Síndrome de Down

Síndrome de Crouzon

Síndrome de alcohólico fetal

Parálisis cerebral infantil

Discapacidad sensorial

Visual

Auditiva

Las discapacidades sensoriales no son consideradas dentro de un estudio detallado ya que no producen autoagresiones y lesiones bucales autoinducidas, y para no ocasionar caos en torno a la clasificación de las discapacidades se establece a los pacientes con enfermedades discapacitantes neuropsicológicas como un apartado de estudio especial.

Enfermedades neuropsicológicas

Esquizofrenia

Epilepsia

Autismo

2.3. DISCAPACIDAD FÍSICA

La discapacidad física es producto de toda alteración orgánica que provoca disturbios en la funcionalidad del individuo y restricción en la vida. Existen muchas enfermedades que pueden provocar la discapacidad, ya sea de forma transitoria y reversible, o permanente e irreversible cuyas consecuencias resultan devastadoras en el aspecto psicológico para los pacientes y sus familiares, quienes experimentan los estragos de la enfermedad en el transcurso de vidas.

Cabe destacar que las restricciones físicas producto de la enfermedad que la originó, representan una amenaza en el ámbito intelectual, Marulanda (2011) aclara que, “aunque estas personas tienen derecho a las mismas normas de salud que la población general, es evidente el mayor número de problemas orales, relacionados con la mayor dificultad que presentan para obtener un cuidado adecuado de su higiene oral”⁷. La siguiente clasificación se la ha realizado para fines investigativos y establecer diferencias entre las

⁷ Marulanda, J., Betancur, J., Espinosa, S., Gómez, J., & Tapias, A. (Mayo de 2011). Revista CES Odontología. Salud oral en discapacitados, 4(1)71-76 Recuperado de <https://www.google.com.ec/search?q=discapacidad%20física%20e%20higiene%20bucal&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a>

discapacidades. En éste grupo de enfermedades que provocan discapacidad física tenemos:

Hidrocefalia

Accidente cerebrovascular

Lesión medular

Poliomielitis

2.3.1. HIDROCEFALIA

Es una enfermedad discapacitante que se caracteriza por la acumulación de líquido cefalorraquídeo en el cerebro que provoca una dilatación de los ventrículos cerebrales aumentando la presión intracraneal que puede lesionar de forma irreversible el tejido nervioso cerebral. Las mediciones del perímetro craneal y la presión intraventricular son parámetros que determina la existencia de la hidrocefalia en los primeros años de la infancia, aunque en la actualidad los adelantos tecnológicos de medios diagnósticos permiten detectar anomalías antes del nacimiento.

Clasificación

La hidrocefalia se la clasifica de acuerdo al momento en que se originó y se describe en: hidrocefalia congénita es producto de disturbios biológicos a causa de enfermedades durante la formación del feto. La hidrocefalia adquirida es

producto de una lesión que aparece con la edad y se presenta indistintamente en cualquier persona.

Etiología

Las causas de la hidrocefalia son diversas y se deben a factores intrínsecos o extrínsecos, prenatales o postnatales. Entre las posibles causas tenemos: estenosis del Acueducto de Silvio, espina bífida, hemorragia intraventricular, meningitis, traumatismo craneoencefálico, infecciones intrauterinas, tumores cerebrales, quistes aracnoideos, síndrome de Dandy-Walker, y otros síndromes complejos sin anormalidades cromosómicas. (Caravaca, 2008, p. 318).

Características clínicas

Las características clínicas son directamente proporcionales con la edad del paciente, en la infancia se puede observar el aumento del perímetro craneal, las fontanelas abombadas, las suturas separadas y con el avance a la niñez se puede evidenciar vómitos, disminución del crecimiento o desarrollo problemas de irritabilidad, espasticidad muscular, movimientos lentos, trastornos en la marcha, función mental alterada, dificultad para alimentarse, somnolencia, incontinencia urinaria, alteraciones visuales, estrabismo.

Características bucales

Las características bucales de los pacientes con hidrocefalia se basan en las consecuencias de las discapacidades provocadas por la enfermedad. Si el paciente con hidrocefalia provoca discapacidad física y las derivaciones de su condición general de salud es deplorable, las manifestaciones bucales están relacionadas con las limitantes físicas para realizar una higiene bucal adecuada, esto conllevará al agravamiento de las lesiones bucales.

Silvestre & Plaza (2007) manifiesta que:

En general, la patología bucodental más frecuente será la presencia de gingivitis asociada a la acumulación de placa bacteriana, la periodontitis, las caries, los traumatismos, las maloclusiones, el babeo, las lesiones sobre tejidos duros por bruxismo y las irritaciones sobre la mucosa bucal por la presencia de hábitos nocivos⁸. (p. 251).

El componente psicológico de la enfermedad predispone al desarrollo de conductas no apropiadas en el paciente, como la ejecución de hábitos parafuncionales y autolesivos que afectan la integridad de la cavidad bucal; los pacientes que además presentan convulsiones sufren daños bucales traumáticos; además de otras alteraciones ocasionadas por la administración de fármacos y tratamientos coadyuvantes de la enfermedad.

⁸ Silvestre, J., & Plaza, A. (Eds.). (2007). *Odontología en pacientes especiales*. (p.251). España: PUV Ediciones.

2.3.2. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

El accidente cerebrovascular “es la suspensión súbita del riego sanguíneo a cualquier zona del cerebro (ésta interrupción se llama <isquemia>) que provoca la muerte de las células dañadas (denominada <infarto cerebral>”⁹. (Sendra, 2009, p. 144). Las células cerebrales muertas son reemplazadas por una cavidad llena de líquido tisular, sin embargo pueden existir zonas en peligro, debido que el territorio cerebral ha sido afectado parcialmente y con la instauración de un tratamiento adecuado y dependiendo de la intensidad, localización del daño y la capacidad de recuperación cerebral se podrían salvar células en riesgo de morir.

Etiología

El accidente cerebrovascular difiere del sitio específico del daño y las secuelas que produce y aunque no tiene una causa específica, existen factores de riesgo de acuerdo a las condiciones de salud sistémicas de cada persona, o ciertas lesiones en la cabeza y el cuello pueden ocasionar daños puntuales en el sistema cerebrovascular causando hemorragias y tensión en el sistema arterial.

López (2008) indica que los factores de riesgo que inciden en el padecimiento de la enfermedad pueden dividirse en: Factores de riesgo no modificables son aquellos que representan un patrón estándar, como la edad, el género sexual, la herencia, la raza, la geografía o el clima que predisponen y vulneran al individuo

⁹ Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones: Clasificación y etiologías frecuentes*. España: Ideas propias.

a padecer la enfermedad. Factores de riesgo bien establecidos influyen directamente en el padecimiento del accidente cerebrovascular, se debe a la prevalencia de una patología que predispone en alto riesgo a los pacientes, entre éstas tenemos: la hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, diabetes mellitus y el accidente isquémico transitorio. Factores de riesgo modificables potenciales son condiciones que exacerbarían el problema existente junto con los factores de riesgo antes mencionados coadyuvan de forma acelerada, representando una amenaza en la salud general de las personas. La alteración de los lípidos, obesidad, migraña, menopausia, tabaco, alcohol, consumo de drogas, son factores potenciales controlables por los pacientes. (p. 152).

Clasificación

Accidente cerebrovascular isquémico

El accidente cerebrovascular isquémico es causado frecuentemente por coágulos de sangre, los cuales al entrar incorrectamente dentro de una arteria causan una lesión que se traduce en la interrupción del normal flujo de la sangre hacia una determinada región del cerebro provocando daños colaterales irreversibles.

Accidente cerebrovascular hemorrágico

Cuando la sangre ya ha invadido y entra en contacto con las neuronas, se produce muerte en ciertas áreas del cerebro. Normalmente las neuronas y la

sangre están separados por una estructura llamada Glia, ésta capa controla que elementos de la sangre pueden pasar. El aneurisma, las malformaciones arteriovenosas y la rotura de la pared arterial son las causas del accidente cerebrovascular.

Discapacidades resultantes

La parálisis es la discapacidad más relevante producto del accidente cerebrovascular, y la afección puede ser parcial o total en cualquier área del cuerpo. El cerebro es el que comanda, controla el equilibrio y la coordinación, si la lesión afecta los centros motores provoca limitaciones específicas dependiendo del área afectada, manifestándose el daño o el signo de discapacidad en el sitio contrario al hemisferio que sufrió la lesión. Por otra parte el deterioro cognitivo, determina problemas de lenguaje y emocionales.

Características bucales

Las manifestaciones bucales están asociadas con la gravedad de la discapacidad, en este caso los pacientes son dependientes de otras personas para llevar a cabo sus actividades diarias, esto influye muchas veces en la disminución de medidas de prevención de patologías bucales. Las patologías más comunes son manchas, laceraciones, fisuras, úlceras, lesiones a nivel gingival, desgaste dental localizado, desgaste generalizado producido por el bruxismo entre otras y con la instauración de tratamientos se evitaría el riesgo de

exacerbación de las patologías autoinducidas por los pacientes con ACV debido a que presentan en diversos grados la incapacidad.

Sánchez (2009), menciona que:

Las enfermedades bucodentales son muy frecuentes entre la población en general, pero las personas con discapacidad son especialmente sensibles a este tipo de problemas. En el caso de que se trate de una discapacidad física que impida la movilidad, la higiene bucal diaria tendrá que ser realizada por otra persona, pero no debe descuidarse en ningún momento¹⁰.

Tratamiento y rehabilitación

El tratamiento se enfoca a la disminución y eliminación de los factores de riesgo, y al control específico de las enfermedades que predisponen al ACV. Es primordial la colaboración de los pacientes en la adquisición de hábitos saludables para evitar accidentes repetitivos y futuros que empeorarían dejando secuelas marcadas como la discapacidad en mayor grado.

López (2008) menciona que la rehabilitación de los pacientes que han padecido ACV consiste en la recuperación de las capacidades que se han perdido, generalmente no se logra la remisión total pero si mejora paulatinamente el estado de vida de los pacientes, por medio de terapias física, ocupacional, del lenguaje, psicológica y psiquiátrica. (pp.166-168).

¹⁰ Sánchez, L. (2009). El Diario Femenino. *Enfermedades bucodentales más frecuentes*. Recuperado de <http://www.diariofemenino.com/salud/higiene/articulos/enfermedades-bucodentales-frecuentes-verano/>

2.3.3. LESIÓN MEDULAR

La médula espinal se extiende dentro del canal vertebral, en su trayecto deja fibras nerviosas que se encargan de transmitir los mensajes entre el cerebro y áreas específicas del cuerpo formando un sistema de comunicación en conjunto, que transporta e integra la información sensitiva y motora entre el cerebro con las demás estructuras, si ocurre una lesión a lo largo de la médula provoca la discapacidad.

Harvey (2010) menciona que “el término <lesión de médula espinal > se utiliza para referirse al daño neurológico de la médula espinal que sigue a un traumatismo”¹¹. (p. 3). Cuando sucede ese daño en un sector específico de la médula espinal, la parte afectada no logra establecer la comunicación nerviosa correcta entre el cerebro y el cuerpo, los signos y síntomas dependen del grado y localización de la lesión.

Etiología

Sendra (2009) refiere que la mayoría de las lesiones medulares se producen de repente, debido a una enfermedad predisponente o como consecuencia de un traumatismo. Las causas más comunes son: accidentes de coche, caídas, heridas de bala o apuñalamientos, problemas médicos, deportes, accidentes de trabajo entre otras. En cuanto a las enfermedades que pueden causar lesión de

¹¹ Harvey, L. (2010). *Tratamiento de la lesión medular: Información preliminar*. Barcelona: Elsevier.

la médula espinal constan: compresión medular que generalmente es traumática, absceso y hematoma, trastornos vasculares como infarto medular o malformaciones arteriovenosas; mielitis transversa aguda y el más común el traumatismo medular que puede ser breve en el caso de una contusión o permanente cuando existe sección de la médula. (pp. 144-145).

Clasificación

Clasificación de acuerdo con la gravedad de la lesión

La afectación en el trayecto de la médula determinará la gravedad de la lesión o daño y López (2008) manifiesta que las lesiones medulares se pueden provocar de dos formas: será total la lesión cuando existe interrupción total de la comunicación entre el cerebro y la región afectada, y cuando se da la interrupción de la conducción nerviosa en algunos órganos y en otros no se refiere a una lesión parcial. (p. 202).

Clasificación de acuerdo al nivel de la lesión

Dependiendo del nivel de la sección de la médula se determinará el nombre de la lesión: paraplejía es cuando se pierde la sensibilidad y motricidad en la parte inferior del cuerpo, como resultado de la lesión medular en la región dorsal, lumbar o sacra y si el daño medular se sitúa en la zona más próxima a la región cervical, se conocerá con el nombre de tetraplejía que es cuando los cuatro

miembros superiores e inferiores ha perdido sensibilidad y motricidad. (López, 2008, p. 201).

Síntomas comunes

Se establece el cuadro sintomatológico de la enfermedad dependiendo de la gravedad y localización de la lesión en la médula, y los síntomas se organizan de acuerdo situación de gravedad o de la plejía presente, en la hemiplejía se evidencian temblores, debilitación sensorial y cognoscitiva; en la paraplejía se dan espasmos musculares, dolor, pérdida de control de la función intestinal y pérdida de control de la vejiga urinaria; y en la tetraplejía además de los anteriores se suman debilidad de brazos y manos, úlceras de decúbito, infecciones de vejiga y afectación de la fertilidad en los pacientes varones. (López, 2008, pp. 198-202).

2.3.4. POLIOMIELITIS

Sendra (2009) define a la poliomielitis como “una enfermedad viral que afecta al sistema nervioso y ataca a las células encargadas del control muscular. La poliomielitis puede producir atrofia y parálisis muscular”¹². (p.145). La aparición de las secuelas discapacitantes de esta enfermedad dependen directamente de la atención que reciba el paciente siendo el pronóstico más favorable, mientras más temprana sea la detección.

¹² Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones: Clasificación y etiologías frecuentes*. España: Ideas propias.

Etiología

La poliomielitis es una enfermedad de origen viral y contagiosa que afecta principalmente al sistema nervioso, el virus causante de ésta enfermedad catastrófica es llamado poliovirus que se transmite a través de las vías respiratorias o entéricas, el poliovirus entra al torrente sanguíneo para luego diseminarse a través de los nervios infectando las neuronas motoras de manera irreversible causando secuelas de “naturaleza deformante” en el sistema musculo esquelético debido a la debilidad muscular y parálisis aguda flácida. (Shors, 2009, p. 301).

Síntomas y complicaciones

Los síntomas se establecen según el curso de evolución de la enfermedad y de las consecuencias que aparecen, de manera temprana al tener una infección por polio virus los síntomas en la fase de inicio son: fiebre, fatiga, cefalea, náuseas, vómitos, estreñimiento, dolores y rigidez muscular, y en muchos casos signos de meningitis. El agravamiento y complicación determina secuelas permanentes o parciales, siendo básicamente la discapacidad física la secuela evidente. La parálisis de las extremidades puede influir en el desarrollo psicológico del paciente afectado. Aunque en la actualidad la poliomielitis es una enfermedad casi totalmente erradicada existe población que la sufrió en su niñez y como consecuencia padecen discapacidades físicas limitantes para su interacción con la sociedad. (Shors, 2009, p. 301).

Tratamiento

La Organización Panamericana de la salud (2005) indica que el tratamiento contra la poliomielitis no existe, pero por medio de la atención médica temprana se puede conservar y cuidar las funciones biológicas del individuo, en la fase inicial de la enfermedad, aproximándose a los parámetros normales y luego la asistencia irá canalizada al tratamiento específico de las consecuencias que acarrea esta enfermedad, por medio de medidas rehabilitadoras fisioterapéuticas que favorecen a la recuperación de la función del sistema locomotor en cierto grado constituyen mejoras para el paciente. (p. 9).

2.4. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad intelectual es un conjunto de condiciones clínicas que pueden deberse a déficits nutricionales, enfermedades infecciosas, metabólicas, genéticas y neurotóxicas. Todos éstos agentes causales tienen un elemento común: el déficit cognitivo y adaptativo de los pacientes que van desde leves a profundos o graves. “Las personas con discapacidad intelectual presentarán dificultades para aprender en grados diversos y también poseerán grados diferentes de capacidad de relación social y autonomía personal”¹³. (Bassedas, 2010, p. 24).

Por medio de apoyo podrán mejorar su estilo de vida. Desde el punto de vista odontológico los problemas intelectuales influyen en el desarrollo de las

¹³ Bassedas, E. (2010). *Alumnado con discapacidad intelectual y retraso en el desarrollo*. España: Grao.

estructuras bucodentales, por esta razón es de importancia estudiar las manifestaciones bucales más comunes en los pacientes con discapacidad intelectual, debido a que el normal aprendizaje del autocuidado bucal en estos pacientes se encuentra disminuido.

Los pacientes en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, de lo contrario pueden desarrollar fácilmente enfermedades orales las cuales producen dolor, disfunción, incomodidad y la necesidad de tratamientos largos, costosos y de dudable pronóstico¹⁴. (Marulanda, Betancur, Espinosa, Gómez, & Tapias, 2011, p. 72).

Este apartado destaca el retraso mental no como enfermedad, sino como una condición que provoca discapacidad o restricción en el desarrollo biopsicosocial de los pacientes, pero por motivos investigativos se detalla éste tema como enfermedad por la diversidad de características clínicas y bucales que presentan frecuentemente los pacientes.

Sánchez (2012), en una publicación en el Diario femenino indica que:

Dependiendo del tipo de discapacidad también varían los retos a los que tienen que enfrentarse y cada vez más personas están sensibilizadas con esta problemática social. Pero poca gente es consciente de uno de los problemas de salud que más incidencia tiene entre las personas con alguna discapacidad como son las enfermedades bucodentales¹⁵.

¹⁴ Marulanda, J., Betancur, J., Espinosa, S., Gómez, J., & Tapias, A. (Mayo de 2011). *Salud oral en discapacitados*. Revista CES Odontología, 4(1)71-76. Recuperado de <https://www.google.com.ec/search?q=discapacidad%20fisica%20e%20higiene%20bucal&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a>

¹⁵ Sánchez, L. (2009) Enfermedades bucodentales más frecuentes. El Diario Femenino. Recuperado de <http://www.diariofemenino.com/salud/higiene/articulos/enfermedades-bucodentales-frecuentes-verano/>

2.4.1. RETRASO MENTAL

El retraso mental es la deficiencia del coeficiente intelectual cuyas limitaciones en la personalidad se debe a la falta de desarrollo del cerebro en sus patrones normales, provocando trastornos y las deficiencias que se evidencian con el tiempo. Los individuos con retraso mental suelen estar acompañados de trastornos somáticos y poseen dificultades de adaptación con el medio, más las barreras sociales les impiden que sean seres autónomos, de acuerdo al nivel de retraso mental algunos pueden aprender las aspectos básicos de la vida.

El criterio de Castejón y Navas (2009), refiere que:

Desde el punto de vista médico, el retraso es entendido como el síntoma o la consecuencia –la secuela, el efecto- de un síndrome (por ejemplo, el síndrome de Tay-Sachs), de una enfermedad (como la rubéola) o de cualquier otro factor de riesgo (como la anoxia perinatal)¹⁶. (p. 376).

La psicología desde el punto de vista cognitivo, enmarca el retraso mental como deterioro de las funciones cognitivas que implican el procesamiento de la información, adquisición de conocimiento, la autorregulación de los procesos de aprendizaje, mientras que desde el punto de vista contextualista el retraso mental se define según la capacidad del ser humano que pueda tener para adaptarse al entorno social.

¹⁶ Castejón, J., & Navas, L. (Eds.). (2009). *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones: El retraso mental y la superdotación*. Alicante. Editorial Club Universitario.

Etiología

El retraso mental es caracterizado por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, en la conducta adaptativa, trayendo como consecuencia alteraciones biopsicosociales. Esta discapacidad no tiene causas específicas pero si tiene factores predisponentes o factores de riesgo relacionados entre sí que condicionan una gran variedad de manifestaciones clínicas, que convierte a la persona más vulnerable al mejoramiento en el desenvolvimiento social.

Castejón y Navas (2009) describe la siguiente clasificación de las causas del retraso mental en mención a los factores que la predisponen como los **factores genéticos** que son hereditarios y los responsables son genes dominantes o recesivos que se transmiten de padres a hijos y estructurales en las cuales se dan alteraciones de los genes producidos por errores o translocaciones en la meiosis celular en la etapa de formación de los gametos. Los **no genéticos** se dividen en: prenatales como los factores teratogénicos y postnatales en los cuales intervienen agentes físicos y sociales. (p. 77).

Clasificación del retraso mental de acuerdo a su coeficiente intelectual.

Las personas con retardo mental **profundo** su incapacidad es casi total, son dependientes, agresivos, su coeficiente es bajo o nulo. Aquellos que tienen retardo mental **grave** se les pueden ayudar a la adquisición de hábitos de autonomía, habilidades de comunicación de forma primaria y básica,

aprendiendo de manera lineal y repetitiva pero estarán a expensas de revisiones periódicas, para valorar y cuidar lo aprendido. Los sujetos con retardo **moderado** el aprendizaje será más factible, pueden ser capaces de adquirir independencia, suelen asistir a lugares ocupacionales con una supervisión y por último los casos más rescatables son los que poseen un retardo **leve** que pueden llegar a realizar tareas ocupacionales bajo la supervisión adecuada y que no demanden estrés social. (Boj et al., 2011, p. 630).

Características clínicas.

El retraso mental es el conjunto de problemas adaptativos, biomédicos y socioculturales, y éstos representan las dos aproximaciones principales a la definición conceptual del retraso mental y son muy valederos, sin embargo existe discrepancia entre los profesionales en cuanto a éstas teorías: los que defienden el primer concepto insisten en las alteraciones básicas en el cerebro como condición primordial para su diagnóstico, los que proponen la segunda teoría dan más hincapié en que el funcionamiento social y la adaptación general de los individuos condicionan su desarrollo e influyen directamente en el padecimiento de la deficiencia.

La discapacidad que genera el retraso mental está íntimamente relacionada con la intensidad en que se presenta el trastorno que provoca los déficits e influye de forma negativa en el normal desarrollo y funcionamiento del individuo provocando limitaciones de actividades y participación social dentro del marco considerado normal. Boj et al., (2011) dice que “se caracteriza por un déficit en la

funcionalidad cognitiva en varias áreas, anterior a la adquisición de habilidades a través del aprendizaje”¹⁷. (p. 630).

Características bucales

Los pacientes que padecen retraso mental o déficits intelectuales presentan una serie de características como consecuencia de su enfermedad, las manifestaciones bucales están correlacionadas con el grado de afectación, mientras más deficiencias tenga, el paciente tendrá mayor dificultad para ejecutar funciones normales como la masticación, deglución, practicar buena higiene oral, “éstos pacientes con frecuencia, presentan bruxismo, babeo y también pueden presentar conductas autolesivas”¹⁸.(Boj et al., 2011, p. 632).

Boj et al., (2011) refiere que las disfunciones orales pueden originar condiciones musculares desfavorables que inciden directamente en la oclusión y en el desarrollo craneofacial, también pueden presentar apiñamiento dental, paladar ojival, mordida abierta, distoclusión, compresión maxilar y con mucha frecuencia fracturas dentales producto de traumatismos. El reflujo gastroesofágico producirá erosión dental. (p. 632). “El estado oral de la población de 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

¹⁷ Boj, J. et al., (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. (p. 630). Madrid. Editorial Ripano.

¹⁸ Boj, J. et al., (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. (p. 632). Madrid: Editorial Ripano.

ocasiona inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal”¹⁹. (Marulanda, et al. 2011, p. 71).

PACIENTES SINDRÓMICOS

Los síndromes son cuadros formados por anomalías asociadas a la misma patogenia y secuencia de patrones de malformaciones congénitas, que pueden ser atribuidas a un único factor. Para Alyswoth (1992) la palabra síndrome indica una sucesión en conjunto y se usa para designar “un modelo de anomalías múltiples admitidas como patogénicamente relacionadas”²⁰. (Elías, 2008, p. 3).

Un síndrome discapacitante es el conjunto de desviaciones morfológicas, funcionales y psicosociales que provocan la disminución del normal desenvolvimiento de las personas en el contexto sociocultural. Entre los síndromes de mayor relevancia en este estudio en relación con la odontología tenemos: Síndrome de Down, Síndrome de Crouzon, Síndrome Alcohólico Fetal y la Parálisis Cerebral Infantil.

2.4.2. SÍNDROME DE DOWN.

El síndrome de Down es considerado un síndrome altamente discapacitante ya que provoca limitaciones físicas y mentales, siendo una de las causas genéticas más comunes de retraso mental, a diversas escalas aunque la afectación de la capacidad intelectual es bastante marcada, además suelen presentarse otras

¹⁹ Marulanda, J., Betancur, J., Espinosa, S., Gómez, J., & Tapias, A. (Mayo de 2011). Salud oral en discapacitados. Revista CES Odontología, 4(1)71-76. Recuperado de <https://www.google.com.ec/search?q=discapacidad%20física%20e%20higiene%20bucal&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a>

²⁰ Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales*. Madrid: Ripano Editorial Médica.

anomalías asociadas que exacerbarían con la edad, con las condiciones de salud y ritmo de vida de estos pacientes.

Etiología

Tiene su origen específico y fortuito producto de la existencia de un cromosoma adicional 21 que desencadena el síndrome que tuvo lugar durante la génesis de las células reproductoras, y sus causas no se deben a factores externos del medio ambiente, porque es una alteración biológica genética, los individuos que nacen con el síndrome de Down presentan diversos grados de afectación y por lo tanto no siguen el mismo patrón de desarrollo.

Características clínicas

Las características del síndrome de Down son muy notorias aunque variadas de un individuo a otro y de acuerdo al porcentaje de afectación se determinan los grados. Las evidencias craneofaciales y rasgos favorecen el reconocimiento de estos pacientes, se observa cierta laxitud muscular, su cuello es corto, es frecuente que presenten pliegues en el cuello debido al exceso de piel, los huesos de la cara no alcanzan el desarrollo completo en especial los maxilares y los huesos propios de la nariz ausentes por tal razón el puente nasal es plano, tienen tendencia al estrabismo y la piel es seca.

Smith (1998) describe el síndrome de Down, en la región craneofacial, como una microcefalia leve, huesos craneales finos y con cierre tardío de las fontanelas, hipoplasia e incluso aplasia de los senos frontales y, en el nivel ocular, defectos de refracción, predominantemente miopía (70%), nistagmo (35%), estrabismo (45%) y obstrucción de los conductos lacrimales (20%). El autor recuerda que los portadores de este síndrome presentan cuello corto y ancho²¹. (Elías, 2008, p. 58).

Las complicaciones de la salud de un paciente con síndrome de Down están asociadas con el envejecimiento prematuro, alteraciones fisiológicas, trastornos del crecimiento y desarrollo que los pacientes suelen padecer y están supeditadas a la presencia o no de trastornos asociados al síndrome por ejemplo: anomalías del corazón congénitas o adquiridas, malformación u obstrucción intestinal, defectos auditivos y visuales, mayor riesgo de padecer leucemia y problemas tiroideos, problemas renales, lesiones espinales, epilepsias, neoplasias etc. (Boj et al., 2011, p. 632).

Las características intelectuales del síndrome son muy variables y dependerán del modo en el que el niño se desarrolle, del entorno familiar y de la educación que reciba. Desde los primeros momentos de la infancia con amor y dedicación los resultados del aprendizaje serán brillantes debido que los niños con este síndrome pueden realizar las actividades básicas como caminar, correr, vestirse, reconocer los colores, jugar etc. en igualdad a los niños que no padezcan esta enfermedad discapacitante.

²¹ Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales*. Madrid: Ripano.

Características bucales

En los pacientes con Síndrome de Down es común observar alteraciones bucales morfológicas que conllevan a otras alteraciones, los pacientes presentan labios gruesos, boca pequeña y una lengua que aparenta ser grande, ésto provocará que mantenga abierta la boca desencadenando respiración bucal debido al poco desarrollo de las estructuras nasales, todo esto se traduce en babeos constantes o sequedad bucal, irritaciones en las comisuras labiales e instalación de procesos infecciosos por lo general de origen fúngico, suelen presentar hipotonía muscular que se traduce en falta de autoclisis y como consecuencia causa problemas dentales y periodontales, el paladar puede presentarse estrecho con fisuras, además de alteraciones de forma, número, erupción, tamaño y calcificación dental. Es importante destacar los hábitos bucales que los pacientes con Síndrome de Down suelen desarrollar en su niñez e incluso persistir a lo largo de su vida, éstos pueden ser: succión digital, succión de carrillos, lengua, labios, onicofagia, bruxismo, e incluso en situaciones extremas hábitos autolesivos mediante objetos, sus dedos o uñas. (Borrás & Rosell, (s.f.), p.113)

Tratamiento

El tratamiento específico no existe pero si hay alternativas para conservar su salud en otros aspectos, la rehabilitación de las personas con síndrome de Down por medio de estimulación temprana, ha favorecido a la calidad de vida. Es evidente que la terapias de estimulación precoz en el sistema nervioso central,

más el apoyo kinesiológico y fonoaudiológico han demostrado una influencia significativa en el desarrollo de los niños con Síndrome de Down, que resulta beneficioso para el desenvolviendo social, permitiéndoles mejorar las relaciones con otras personas. Tratarlos sin diferencias ante los demás provoca que se sientan incentivados a realizar mayores esfuerzos fortaleciendo su autoestima.

2.4.3. ENFERMEDAD DE CROUZON

La enfermedad de Crouzon “es la combinación del cierre prematuro de cualquiera o todas las suturas craneales con mal desarrollo de los huesos de la cara. Se transmite de forma autosómica dominante”²². Se da por mutación del brazo corto del cromosoma 10 y de ésta forma se crea la alteración del receptor. Ésta enfermedad de carácter hereditario es potencialmente discapacitante, suele ser la causante de minusvalías físicas e intelectuales y de la presencia de déficits como retraso mental asociado a otras enfermedades (hidrocefalia, epilepsia, pérdida de audición, etc.) (Fenichel, 2010, p. 386).

Características clínicas

Las características clínicas típicas en los pacientes que presentan el Síndrome de Crouzon generalmente son craneofaciales, el desarrollo alterado de las estructuras craneales limitan también el crecimiento facial y principalmente de las estructuras bucales, entre las principales características craneofaciales:

²² Fenichel, G. (2010). *Neurología pediátrica clínica: Trastornos de la forma y volumen del cráneo*. Barcelona: Elsevier.

protuberancia frontal, hipoplasia maxilar con o sin nariz aguileña hay compresión del puente nasal lo que impide el pasaje de aire, deformidad de los oídos medios, ausencia de canales auditivos por lo tanto pérdida de la audición. (Elías, 2008, p.48).

Eslava, Guevara & Gómez (2008), en su obra mencionan que la enfermedad de Crouzon:

Es caracterizado por craneosinostosis y facies de rana, exorbitismo, retrusión mediofacial y braquicefalia por sinostosis bicoronal. La cara medial tiene forma de caja y suele asociarse con hipertelorismo, nistagmus, estrabismo y atrofia del nervio óptico. La mandíbula tiene crecimiento normal y puede estar deformada secundariamente por retrusión maxilar y malposición²³. (p. 291-292).

Características bucales

En cuanto a los maxilares están poco desarrollados, como consecuencia se observa la falta de armonía oclusal debido a la presencia de paladar ojival, dientes apiñados, retraso de la erupción dentaria, ligero prognatismo mandibular, mordida cruzada posterior o anterior, todas éstas características determinan también gran afectación estética en el individuo. (Elías, 2008, p. 48). El síndrome de Crouzon por estar asociado a otras enfermedades como la epilepsia e hidrocefalia inciden directamente en el desencadenamiento de lesiones autoinfligidas debido al desarrollo de hábitos autolesivos.

²³ Eslava, J., Guevara, O., & Gómez, P. (Eds.). (2006). *Semiología quirúrgica: Anomalías craneofaciales comunes*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Tratamiento

El tratamiento según Fenichel (2010) se basa en un abordaje neuroquirúrgico y estético de forma secuencial, es muy satisfactorio en cuanto a la apertura de las suturas para aliviar la hipertensión intracraneal, y el avance de los huesos hacia delante mejora el aspecto estético de los pacientes sometidos a estas cirugías. (p. 386).

2.4.4. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL

El síndrome alcohólico fetal o embriofetopatía alcohólica refiere Boj et al., (2011) que la severidad del daño neurológico ocasionado en el niño, está directamente relacionado al consumo de grandes cantidades de alcohol por parte de la madre durante la etapa de gestación, la toxicidad en la etapa de formación del embrión o feto, es mucho más prematura, siendo el daño más grave. El síndrome alcohólico fetal más que una enfermedad es un problema de salud pública y está en relación con aspectos psicosociales de los adultos, existe mayor probabilidad que se presente el trastorno en una familia disfuncional y con círculos viciosos. (pp. 637–638).

Características clínicas

El consumo de alcohol durante el embarazo perjudica e intercepta las etapas del desarrollo embrionario provocando daños orgánicos y neurológicos. Con el crecimiento el déficit intelectual es evidente y las disfunciones sistémicas son

recurrentes, el perímetro craneal se encuentra disminuido y características faciales típicas: blefarofimosis que es el conjunto de anomalías de los párpados, por ejemplo: párpados estrechos en sentido horizontal, con un pliegue vertical de la piel del párpado inferior encima de la nariz y caída de los párpados superiores. (Boj, et al., 2011, p. 638).

Características bucales

Las características bucales notorias en este síndrome corresponde al componente facial el poco desarrollo determina una hipoplasia maxilar, que con el crecimiento y el cambio de la dentición desencadena problemas de oclusión, es relevante encontrar pacientes con clase III y el labio superior delgado. (Elías, 2008, p. 48). Debido al déficit intelectual que presentan estos niños y sumándole el impacto de las condiciones del medio en el que se desenvuelven, la falta de atención, abandono y maltrato son factores que conllevan al desarrollan hábitos orales autolesivos.

2.4.5. PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

La parálisis cerebral es un trastorno neurológico altamente discapacitante, básicamente se debe a una lesión cerebral que tuvo lugar en el desarrollo durante el estadio prenatal hasta los primeros años de vida o al comienzo de la infancia, acarreado graves consecuencias para en el desarrollo del niño y apareciendo trastornos motores, psíquicos, conductuales, auditivos, ópticos o del lenguaje.

Esta es una de las secuelas más comunes en caso de daño encefálico de la primera infancia. Se caracteriza por un trastorno motor permanente y estable, es decir, que no tiene un carácter progresivo. Puede presentarse como un déficit motor puro o bien asociado a otros trastornos como convulsiones o déficits neuropsicológicos específicos²⁴. (Rosselli, Matute, & Ardila, 2010, p. 248).

Etiología

La parálisis cerebral es una enfermedad discapacitante que no tiene una causa específica, se debe a la interacción de trastornos relacionados, que tienen en común como resultado la alteración del desarrollo normal o el daño en las regiones cerebrales que controlan la función motora, afectando de forma permanente la vida y el desarrollo del paciente. Hablar de causas de la enfermedad es un tanto equívoco por esto es necesario establecer factores predisponentes.

Aranda (2008) establece una clasificación de los factores predisponentes y menciona a los factores familiares en el que incide el componente genético; en los factores prenatales menciona la falta de oxígeno durante la formación fetal, cuando la madre padece rubéola durante la etapa de gestación, exposición a rayos X durante el embarazo, diabetes gestacional, incompatibilidad sanguínea (Rh) o problemas de consanguinidad; los factores perinatales son los que inciden en el padecimiento de la parálisis infantil durante el período del parto o previo a este y son: desprendimiento de la placenta, niños prematuros, anoxia al nacer

²⁴ Rosselli, M., Matute, E., & Ardila, A. (Eds.). (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil: Trastornos Neurológicos y Psiquiátricos durante la infancia*. Bogotá: El Manual Moderno.

(oxigenación insuficiente) y algún trauma en el momento del parto; y los factores postnatales son los que afectan al niño entre el nacimiento hasta la infancia como: enfermedades infecciosas, accidentes cardiovasculares, meningitis, traumatismos, etc. (p. 357).

Características clínicas

Las características clínicas de la parálisis cerebral están directamente relacionadas con la gravedad de la enfermedad ya que son cuatro tipos: leve, moderada, grave y muy grave, cada uno tiene su propio esquema de trastornos. Existe una diversidad de clasificaciones que ayudan a un mejor enfoque teórico y de estudio sobre las características de la parálisis infantil, que serán de utilidad para un correcto diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Cada tipo de parálisis tiene su propio conjunto de características como lo manifiesta Boj et al., (2011) en la parálisis leve se puede presentar trastornos leves como una ligera paresia en el cual la marcha no se ve afectada, en la parálisis moderada la marcha se afecta, pero con ayuda de un soporte como la mano es posible que se realice, en la parálisis grave es necesario el máximo soporte posible ya que el paciente no puede ejecutar sus movimientos de forma voluntaria y en la parálisis muy grave los pacientes no tienen control postural. (p. 632).

Según Semrud & Teeter (2011) las capacidades neurocognitivas en los pacientes con parálisis cerebral parecen decaer gravemente a medida que los

niños con alto riesgo maduran. De acuerdo con la gravedad de la parálisis es también el daño cognitivo, se puede manifestar como: alteraciones del lenguaje, de memoria, atención y percepción visual; además los pacientes con parálisis cerebral severa a más de ser plurideficientes padecen alteraciones asociadas: déficits intelectuales graves, epilepsia, defectos sensoriales (auditivos y visuales), y enfermedades de tipo ortopédica, digestiva, respiratoria y bucodental. (p. 312).

Características bucales

Los movimientos repentinos, involuntarios en especial de la parálisis espástica dificultan la correcta función de la lengua, labios, carrillos, además afectan el habla, la masticación y deglución, produciendo el babeo en estos pacientes. El empaquetamiento alimenticio y la dificultad de higiene, significa un ambiente propicio para el desarrollo de enfermedades bucales como la caries, gingivitis y periodontitis. Algunos pacientes con PCI, además presentan un bruxismo severo que ocasiona una pérdida de dimensión vertical oclusal y problemas de ATM. (Koch & Poulsen, 2011, pp. 339-340)

Boj et al., (2011) manifiesta que el retraso de la erupción de los dientes deciduos también acarrea retraso eruptivo de la dentición definitiva con la consecuente alteración oclusal, es común observar: distoclusión, mordidas abiertas, sobremordidas, apiñamiento, alteraciones de índole neuromuscular, como incompetencia labial o respiración bucal, además los hábitos suelen ser comunes en los pacientes ya que es una forma de liberar tensiones, como es la de

empujar la lengua hacia delante, la succión digital, succión del chupete, succión de labios, etc. (p. 632).

El bruxismo es un hábito asociado al trastorno neuropsicológico del paciente, por lo general en los pacientes con parálisis cerebral espástica es constante, observándose a nivel del esmalte defectos como atricción por la parafunción, también debido a los reflujos gastroesofágicos de forma constante provocan la erosión del esmalte dental.

Los traumatismos bucales en los pacientes con parálisis cerebral se presentan con frecuencia debido a caídas, o autoagresión. Algunas enfermedades que fueron mencionadas tienen manifestaciones bucales similares a la parálisis cerebral, por lo general las consecuencias de dichas enfermedades son realmente parálisis, como el caso de: accidente cerebrovascular, poliomielitis y lesión medular. (Koch & Poulsen, 2011, p. 340).

Clasificación

La parálisis cerebral se puede clasificar según el tipo de alteración del tono muscular en espásticas y flácidas; según los elementos corporales afectados en cuadri, tri, hemi o monoplejías; según la gravedad del déficit motor en plejías o paresias; según la intensificación o reducción de movimientos en hiperquinéticas (corea, atonosis, balismo) o hipoquinéticas (akinesia, rigidez)²⁵. (Rosselli, et al., 2010, p. 249).

²⁵ Rosselli, M. et al. (Eds.). (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil: Trastornos Neurológicos y Psiquiátricos durante la infancia*. Bogotá: El Manual Moderno.

Según el tono muscular se clasifica en espástica y flácida-atáxica

Roselli, M. et al. (2010) menciona que la parálisis espástica se caracteriza por la hipertonía muscular, y es producto por una lesión en los centros neuromotores del sistema piramidal comprometiendo a los músculos voluntarios afectando la marcha, la deglución, el habla, y otras funciones, se presentan anomalías cognitivas, disminuyen los movimientos espontáneos y aumenta la espasticidad del lado afectado; mientras que la parálisis flácida-atáxica se caracteriza por la hipotonía muscular, los músculos son flácidos e hiperextensibles. La marcha es atáxica y la coordinación motriz se ve afectada relacionándose directamente con alteraciones del sistema cerebeloso, del equilibrio o lesiones en los ganglios basales. (p. 249).

La clasificación según la topografía en: hemiplejía cuando la parálisis se limita en un solo lado del cuerpo es decir unilateral, generalmente compromete más un brazo que una pierna; la monoplejía es la parálisis que se limita a una extremidad; paraplejía cuando se da parálisis de ambos miembros inferiores; diplejía superior cuando existe parálisis de ambas extremidades superiores; tetraplejía es la parálisis de las cuatro extremidades; y triplejía que es la parálisis de los dos miembros inferiores más una extremidad superior. A las parálisis severas se las denomina plejías, mientras que a los déficits motores leves a moderados se les llama paresias. (Roselli et al., 2010, p. 250).

2.5. TRASTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS

2.5.1. EPILEPSIA

La epilepsia es una enfermedad neurológica provocada por una descarga eléctrica anormal y brusca de una región de la corteza cerebral, se manifiesta por medio de convulsiones o contracciones musculares y Caraballo & Fejerman (2009) menciona que éste trastorno conlleva “a sufrir crisis epilépticas y consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales secundarias a ésta enfermedad”²⁶, dependiendo de las repercusiones de las descargas en las zonas de cerebro serán las consecuencias físicas en el cuerpo. (p. 1).

Las crisis epilépticas se caracterizan por la alteración repentina del comportamiento que puede durar de segundos a minutos, se acompaña de trastornos motores como convulsiones, problemas psíquicos, psicológicos y sociales, trastornos de la conciencia o autónomos como pérdida del control de esfínteres. En muchas de las personas que padecen epilepsia se puede desencadenar el status epiléptico producto de procesos febriles o de tensiones transitorias como traumatismo cráneo-encefálico, desequilibrios emocionales, metabólicos y lesiones cerebrales permanente.

²⁶ Caraballo, R., & Fejerman, N. (2009). *Tratamiento de las epilepsias: Definición*. Buenos Aires-Argentina: Panamericana.

Etiología

La causa de la epilepsia es desconocida, pero existen condiciones predisponentes para que se manifieste y que tienen que ver con la influencia e impacto del medio. Los trastornos epilépticos suelen aparecer por infecciones del sistema nervioso central, traumatismo craneal, tumores cerebrales, lesiones durante el nacimiento, malformaciones cerebrales congénitas, agentes tóxicos, factores externos, alteraciones metabólicas o fiebre.

Clasificación

Las crisis epilépticas se clasifican en: crisis generalizadas primarias afectan en su totalidad al cerebro y se clasifican en: convulsivas o no convulsivas; y en crisis parciales afectan solo una parte limitada del cerebro, se clasifican en: parcial simple, parcial compleja y parcial con generalización secundaria. (Salazar, Peralta, & Pastor, 2009, p.184).

Status epilépticos

El deterioro de la capacidad cognitiva se debe a convulsiones frecuentes o descargas continuas siendo el estatus epiléptico la convulsión que potencialmente causa daño neurológico y que puede durar más de 30 segundos o presentarse varias convulsiones seguidas, situación en la cual la conciencia no se recupera rápidamente y son crisis peligrosas porque se altera la función cardíaca y respiratoria, si el paciente no es atendido de urgencia está expuesto a

la muerte. Las consecuencias más frecuentes de las crisis epilépticas son: fracturas, traumatismos de cráneo, del rostro, daño cerebral y quemaduras.

Síntomas de la epilepsia

El síntoma más relevante es el “estatus epiléptico”, en el cual el paciente presenta dos o más crisis espontáneas para que se diagnostique la enfermedad, la posibilidad que una persona presente una convulsión será considerada como una crisis de forma aislada y esto no significa que padezca epilepsia. Los primeros signos clínicos son crisis epilépticas convulsivas, con perturbaciones visuales, pérdida abrupta de la conciencia, aparece el llamado grito epiléptico, las sacudidas involuntarias de extremidades, incontinencia de esfínteres y otras alteraciones que se presentan: ceguera, trastornos de la marcha, afectación de los músculos y nervios, además durante las crisis epilépticas el paciente suele morderse la lengua, deja de respirar poniéndose cianótico. Sin embargo, ésta situación sólo dura unos minutos cuando bruscamente hace una profunda inspiración y despierta de su inconsciencia.

Características bucales

Los pacientes que padecen epilepsia presentan lesiones asociadas a la ingesta de fármacos anticonvulsivos y antiepilépticos, así como el aumento del volumen gingival, que se podría agravar cuando los hábitos de higiene de los pacientes no son suficientes conllevando a complicaciones periodontales. Guedes, Bonecker & Martins (2011) manifiesta que “las caídas asociadas a las convulsiones pueden

resultar en laceraciones de tejidos blandos, fracturas de huesos maxilares, luxaciones de ATM y desvitalización, fracturas, subluxaciones o avulsión de dientes”²⁷. (p. 424). También los problemas neuromusculares y dolor producido por el apretamiento fuerte de los dientes y maxilares.

Tratamiento de la epilepsia

El tratamiento para la epilepsia persigue objetivos específicos y va orientado a lograr un equilibrio entre los riesgos de la enfermedad y beneficios y efectos adversos del tratamiento. Es así que el tratamiento se basa en la identificación del agente causal y su eliminación si es posible, es decir si la epilepsia es causada por un tumor cerebral la operación es una opción, o la supresión o mitigación de un trastorno metabólico. Cuando las crisis se deben a causas imposibles de eliminar el objetivo del tratamiento es la disminución de los ataques por medio de medicamentos como la “difenilhidantoína o fenitoína, pentobarbital, fenobarbital, etosuximida, carbamazepina, ácido valproico”, entre otros.

2.5.2. AUTISMO O ESPECTRO AUTISTA.

El autismo es un trastorno de origen neurobiológico y de aparición temprana suele ir acompañado de otras deficiencias, problemas médicos o estar asociado a un síndrome, se caracteriza por la presencia de una serie de problemas que debido al factor psicológico alteran los procesos fisiológicos e influye

²⁷ Guedes, A., Bonecker, M., & Martins, C. (2011). *Fundamentos de Odontología. Odontopediatría*. Sao Paulo: Santos Editora.

negativamente en el patrón cognoscitivo afectando el aprendizaje comunicativo y conductual ocasionando estragos sociales. (Koch & Poulsen, 2011, p. 334). Pueden mejorar si el individuo recibe educación y tratamiento especializado, es fundamental como dice Boj (2011) tener en cuenta que “los cambios en la rutina de éstos niños podrían desencadenar conductas autolesivas”²⁸. (p. 638).

Etiología

A pesar de varias investigaciones aún no existe una evidencia que demuestre la causa del autismo, y la que se aproxima más es la interacción del patrón hereditario más la colección de una serie factores ambientales están involucrados en su desarrollo y puede deberse a factores genéticos o a un trastorno estructural del cerebro por ejemplo niveles anormales de serotonina u otros neurotransmisores. (Jack, 2009, p. 32).

Características clínicas

Los pacientes que padecen los trastornos asociados al espectro autista suelen poseer comportamientos extravagantes, repetitivos, agresivos, hiperactividad, impulsividad, que se provocaran autolesiones, los casos más leves o en la primera etapa de la infancia tendrán pataletas; sin embargo podría pasar desapercibidos y confundirse con la timidez y la introversión, en los casos graves por el contrario puede haber hasta ausencia del habla y un marcado déficit intelectual en algunas áreas. (Reyes, 2012, p. 25).

Características bucales

Desde el punto de vista odontológico en los niños con espectro autista debido a su déficit de atención expresan sus sentimientos por medio de hábitos lesivos que repercuten en la cavidad oral desencadenando una patología y durante la exploración odontológica se puede encontrar indicios de autolesiones como fisuras y laceraciones debido al rasgarse los tejidos bucales, mordidas severas de labios, lengua y carrillos, aftas y ulceraciones, manchas producto de golpes por ruptura de vasos sanguíneos, gingivitis artefacta, recesiones gingivales y consecuente sensibilidad dentaria. (Boj et al., 2011, p. 640).

Tratamiento

Las personas con autismo presentan desviaciones en la velocidad y secuencia del desarrollo que se ve alterado en los ámbitos biopsicosociales, y aunque no existe un tratamiento para el autismo pero si para el manejo de los síntomas resultará bastante útil para disminuir los efectos del trastorno, por ejemplo el uso de antipsicóticos cuando existe depresión, anticonvulsivos en caso de convulsiones y cuando hay trastorno por déficit de atención son eficaces los medicamentos que ayuden a disminuir la impulsividad y la hiperactividad. (Reyes, 2012, p.29).

2.5.3. ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia no es una sola enfermedad aislada sino un conjunto de trastornos “producto de una demencia precoz” que ocasionan un deterioro en la fisiología cognitiva, psicoafectiva y social. Clínicamente su pronóstico varía de acuerdo al tratamiento empleado debido a que no todos los casos son iguales la gama de discapacidad biopsicosocial que causa constituye uno de los principales desafíos investigativos de la medicina y psicología.

Etiología

La esquizofrenia no tiene una etiología concreta pero está directamente relacionada con dos modelos: el biológico y el psicológico, el primero refiere que la esquizofrenia se debe a un defecto orgánico genético producto de un daño cerebral y a defecto neurobioquímico debido a la alteración de transmisores químicos como la serotonina, dopamina y glutamato, el exceso de estos mediadores desencadenaría la cadena de perturbaciones, alucinaciones y caos mental. El segundo modelo asocia factores conductuales que exacerbarían el problema biológico, desencadenado la aparición de las crisis esquizofrénicas. (Ojeda, 2009, pp. 19-23).

Clasificación

La clasificación de la esquizofrenia tiene diversos criterios, Rebolledo (2008) “la clasifica en tipos según el predominio de unos u otros síntomas que los

pacientes presentan a lo largo de su enfermedad, se clasifican en: esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, esquizofrenia indiferenciada, residual y esquizofrenia simple²⁹. (p. 15).

Características clínicas

Santos (2010) menciona que:

Se reconocen como pacientes psiquiátricos a aquellas personas que sufren alguna enfermedad mental y que reciben tratamiento médico especializado. Las enfermedades mentales abarcan también trastornos afectivos como: ciertas depresiones, retraso mental, daño orgánico cerebral, psicosis y demencias³⁰. (p. 13).

Rebolledo (2008) indica que las personas con esquizofrenia experimentan un desequilibrio mental acentuado debido a la perturbación de sus pensamientos y sentimientos, son vulnerables ante las circunstancias del entorno, modifican su conducta y sus relaciones con los demás. El paciente esquizofrénico presenta: distorsión de la realidad, su capacidad cerebral trabaja demasiado que predispone al esquizofrénico a un estado desorientado y aunque no presente un trastorno neurológico evidente, es común observar en ellos el caos mental. (p. 8).

²⁹ Rebolledo, S., & Lobato, M. (2008). *Cómo afrontar la esquizofrenia: ¿Qué son los trastornos esquizofrénicos?* Madrid: Aula Médica Ediciones.

³⁰ Santos, D. (2010). Estado bucodental de un grupo de pacientes psiquiátricos de Oaxaca, México. Definición y Clasificación de Patologías Psiquiátricas. Editorial de la Universidad de Granada. (Tesis doctoral). Recuperado de https://www.google.com.ec/#output=search&scient=psy-ab&q=Dora+Laura+Santos+Figueroa.+Estado+bucodental+de+un+grupo+de+pacientes+psiqui%C3%A1tricos+de+Oaxaca%2C+M%C3%A9xico.+Definici%C3%B3n+y+Clasificaci%C3%B3n+de+Patolog%C3%ADas+Psiqui%C3%A1tricas.+Editorial+de+la+Universidad+de+Granada.+Granada.+2010.+p:+13%2C+17.+Tesis+doctoral.+Odont%C3%B3logo.+Universidad+de+Granada.+Facultad+de+Odontolog%C3%ADa.+Departamento+de+estomatolog%C3%ADa.&dq=Dora+Laura+Santos+Figueroa.+Estado+bucodental+de+un+grupo+de+pacientes+psiqui%C3%A1tricos+de+Oaxaca%2C+M%C3%A9xico.+Definici%C3%B3n+y+Clasificaci%C3%B3n+de+Patolog%C3%ADas+Psiqui%C3%A1tricas.+Editorial+de+la+Universidad+de+Granada.+Granada.+2010.+p:+13%2C+17.+Tesis+doctoral.+Odont%C3%B3logo.+Universidad+de+Granada.+Facultad+de+Odontolog%C3%ADa.+Departamento+de+estomatolog%C3%ADa.&gs_l=hp.12...2429.2429.0.4203.1.1.0.0.0.0.0.0.0.0.1...1c..9.psyab.O8qe0eLg3CU&pbx=1&bav=on.2,or.r_cp.r_qf.&bvm=bv.45368065,d.eWU&fp=23fbaf1da5123fd2&biw=1600&bih=697

El cuadro sintomatológico de los pacientes esquizofrénicos varía a través del tiempo, del estado psicoafectivo, de factores ambientales y como menciona Ojeda (2009) los resultados de un estudio en esquizofrénicos los síntomas “sugirieron la existencia de dos grupos esquizofrenia positiva y negativa”³¹. (p.29). Los “síntomas positivos” aportan en la vida de las personas situaciones novedosas por medio de alucinaciones y delirios, despertando el interés y preocupación por sus sentimientos.

Los “síntomas negativos” desencadena el aislamiento, desinterés por la vida, las relaciones familiares y en sociedad, la perspectiva mental escasa de los esquizofrénicos conlleva al desinterés personal, a la falta de amor propio que lo sumergen en estado de peligro y angustia. Todos estos síntomas negativos y positivos se relacionan con un daño estructural del cerebro, al parecer las conexiones sensoriales se ven afectadas provocando la inestabilidad emocional en rangos mayores.

Características bucales

La falta de autocuidado de los pacientes que presentan enfermedades mentales se ve reflejada en la cavidad bucal, y existen una serie de factores que pueden generar lesiones tanto en tejidos duros como en tejidos blandos. Éstos factores son: los cambios de conducta y concentración que les impide saber la necesidad del cuidado dental e higiene lo predispone a la aparición de patologías infecciosas, gingivitis, presencia de cálculo, placa dental, movilidad dental,

³¹ Ojeda, N. et al. (2009). *La predicción del diagnóstico de esquizofrenia*. Bilbao: Deusto publicaciones.

sangrado, halitosis, caries, también se puede observar hiperplasia gingival, cambios del aspecto de las mucosas, etc. La alteración del sistema neuromuscular, desencadena problemas a nivel de la articulación temporomandibular y en consecuencia se produce bruxismo. Con mayor énfasis se detallan las lesiones traumáticas que se producen cuando los pacientes sufren las crisis agudas de la esquizofrenia a raíz de caídas, autolesiones por conductas agresivas y compulsivas producto de desórdenes psíquicos.

Tratamiento

Los recursos del tratamiento han aportado mejoras en el estilo de vida de los esquizofrénicos, el conocimiento de esta enfermedad no es un tabú, los grandes avances en cuanto al diagnóstico, “la mayor disponibilidad de recursos de rehabilitación y estimulación psicosocial incrementa los beneficios del tratamiento médico antipsicótico”³². (Rebolledo, 2008, p.1).

El pronóstico de los pacientes es cada vez más optimista, gracias a las siguientes medidas: el uso de antipsicótico, las relaciones interpersonales en su entorno familiar, el grado de atención médica general y odontológica, la comprensión en todos los aspectos sociales, garantizan un tratamiento continuo y aseguran beneficios saludables al paciente.

³² Rebolledo, S. & Lobato, M. (2008). *Cómo afrontar la esquizofrenia. ¿Qué son los trastornos esquizofrénicos?* Madrid: Aula Médica Ediciones.

2.6. CONSIDERACIONES GENERALES BIOPSIICOSOCIALES

2.6.1. Factores biosicosociales que influyen en el padecimiento de las enfermedades discapacitantes.

Factores biológicos: La información genética de los rasgos y características del individuo lo determinan los genes, que constituyen la unidad básica estructural y biológica del ADN que se encuentra en las células. Si hay una degeneración del código genético las fallas serán evidentes con el tiempo en el desarrollo y crecimiento del individuo. Los problemas genéticos pueden ser heredables.

Factores psicológicos: La genética incide en el aspecto psicológico y la condición psicológica varía de una persona a otra predisponiéndola a padecer ciertos desequilibrios emocionales, que determinan patologías mentales como: la esquizofrenia, el autismo, la epilepsia, déficit de atención y en otros casos exacerbaban los problemas sistémicos en los pacientes con discapacidades altamente potenciales. Los factores psicológicos influyen en el individuo en su formación con o sin discapacidad a pesar de que no todos los desequilibrios psicológicos son heredados.

Factores sociales: Éste factor es de gran influencia en el desarrollo del ser humano que vive en constante interacción con la sociedad y el medio ambiente, el estrés y la tensión social aceleran los procesos de desequilibrio comportamental y conductas aprendidas, la conceptualización social sobre las

personas discapacitadas por la falta de valores, enmarca las circunstancias de diferencia y por ende la exclusión de las personas discapacitadas.

2.6.2. Experiencias y visiones

En la actualidad el mundo ha alcanzado una manera asertiva en los conocimientos acerca de las personas discapacitadas obteniendo un estereotipo diferente y más inclusivo, a diferencia del antiguo que centraba su margen ideológico sólo en las personas de grupos clásicos como los ciegos o sordos, personas con amputaciones y en sillas de ruedas. Al hablar de discapacidad nos adentramos a un ámbito más amplio, en el cual no existen especificaciones visuales que permitan identificarlo, porque los problemas neuropsicológicos que influyen en el comportamiento y conducta humana también son considerados dentro del cuadro de discapacidad.

Sin embargo, a causa de la interacción de los problemas de salud, factores personales y factores ambientales, existe una enorme variabilidad de perspectiva de la discapacidad y aunque se la correlaciona con desventaja, no todas las personas discapacitadas tienen las mismas desventajas. Éste trabajo investigativo abarca con mayor detalle aquellas personas que sufren una discapacidad y que presentan desventajas por las limitantes potenciales de su condición física e intelectual e incluye aquellos pacientes con problemas o enfermedades temporarias e intermitentes.

2.6.3. Prevalencia y vulnerabilidad de las poblaciones

En tiempos pasados se creía que un discapacitado era sinónimo de pobreza y excluía a la clase alta. Los escenarios en los que se desarrollan los problemas de salud eran deplorables, aquellos llamados monstruos eran sujeto de maltrato y burla, no dignos de la vida, por otra parte las creencias religiosas admitían que las personas enfermas o discapacitadas con malformaciones, eran castigos por pecados cometidos y que los pagaban de generación en generación. (Vaughan, 2010, p. 366).

La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables, siendo los países de mayor índice de pobreza y escasa formación académica, los que tienen mayor riesgo de padecerla, en comparación a los países desarrollados. Sin embargo los porcentajes de enfermedades mentales son evidentes en todas partes del mundo. En diversos países existen cifras múltiples de familias pobres que presentan riesgos significativos de discapacidad debido a las restricciones sociales y en una misma familia los índices de afectación son elevados debido a la consanguinidad.

2.6.4. La sociedad y la discapacidad

La sociedad ha venido considerando a la discapacidad como una desventaja específica de una persona, y más que un acontecimiento o problema individual se lo encasilla como un problema colectivo. Se define a la discapacidad como un fenómeno complejo en una persona con alteraciones en su diversidad funcional y

por barreras sociales discapacitantes. Las limitaciones del individuo dependen del contexto social, la familia enmarca la situación de discapacidad como un golpe del destino o agresiones de la vida que determinan el aislamiento y el rechazo.

Por medio de apoyo profesional la familia debe descubrir las condiciones y cualidades favorables para el buen manejo de la persona discapacitada, serían los primeros en alcanzar el equilibrio social, muchos son los factores que coadyuvan al equilibrio familiar como una elevada autoestima, el bienestar grupal, adaptación al marco social de la discapacidad y la capacidad de controlar el medio, la inclusión y competencia social, y el desarrollo escolar, propician y favorecen a la persona a sentirse bien a pesar de padecer una enfermedad o discapacidad.

Liendro (2012), en una publicación en Pulsación refiere que:

'Mike Oliver (2004), un académico con discapacidad, ha contribuido al debate en Inglaterra, entre la 'Unión de los discapacitados físicos' (Unión of the physically impaired against segregation- UPIAS) y la 'Alianza de los discapacitados' (Disability alliance). La posición de UPIAS, era directa y clara: "En nuestra opinión, es la sociedad la que incapacita físicamente a las personas con deficiencias. La discapacidad es algo que se impone a nuestras deficiencias por la forma en que se nos aísla y excluye innecesariamente de la participación plena en la sociedad. Por tanto, los discapacitados constituyen un grupo oprimido de la sociedad"³³.

³³ Liendro, C. (21 de mayo de 2012). *Discapacidad y Sociedad. Pulsación*. Recuperado de <http://pulsacion.blogia.com/2012/052101-discapacidad-y-sociedad.php>

2.6.5. Inclusión y exclusión social

Los aspectos negativos de la discapacidad denota la exclusión de una sociedad aparentemente “normal”, los discapacitados eran vistos como enfermos, no obstante la discapacidad es una condición humana diferente a la normal pero con el sentido de inclusión dentro del entorno en el que nos desenvolvemos, con la finalidad de la construcción más humanística de comunidades solidarias, equitativas, accesibles e inclusivas. Estos aspectos favorecerían al entorno familiar de cada persona.

Torres (2010), menciona que:

La normalización conlleva un cambio de actitudes en toda la comunidad, es decir una forma distinta de pensar, sentir y comportarse respecto a las personas con discapacidad. Se busca cambiar la percepción social, defendiendo una normalidad en la heterogeneidad, no existiendo dos persona iguales (Arnaiz, 2003)³⁴. (p. 16).

Las organizaciones que se interesa por los discapacitados actualmente son un desafío para la sociedad, tienen como objeto promover una vida más justa y equitativa en igualdad de derechos para así acabar con el marco ideológico de diferencia y discriminación, los responsables de ésta situación no son las personas con discapacidad, sino la indiferencia de una sociedad sin valores éticos y morales.

³⁴ Torres, M. A. (2010). *Recursos metodológicos en Educación Física con alumnos con discapacidad física y psíquica*. España: Pila Teleña.

En el periódico El Universo se expresa que:

"El problema de la discapacidad no radica en la limitación, sino en las actitudes de la sociedad", dijo Eneida Ferrer, directora de la Secretaría Técnica para el decenio por los derechos y la dignidad y las personas con discapacidad de la OEA. Si la sociedad percibe a una persona con discapacidad como alguien que no puede trabajar, recibir educación ni participar en actividades sociales como el resto, "indudablemente el reto es invencible, porque ya se está prejuzgando la posibilidad de que la persona pueda hacer algo", dijo Ferrer³⁵.

2.6.6. Integración, igualdad y rehabilitación

Es fundamental la aplicación y ejecución de las medidas de promoción y prevención en salud que deberá incluir a todos los grupos sociales. Una manera asertiva para la planificación de un tratamiento rehabilitador que se pueda instaurar en las personas con discapacidad, será posible con la detección temprana y un diagnóstico adecuado, permitiendo un enfoque global y en conjunto del déficit y de las potencialidades de las diversas áreas sociales. El cumplimiento de las expectativas requiere de políticas públicas, sistemas, recursos integrales y participativos no estableciendo competencias sino fortaleciendo la integración e igualdad en derechos para la eliminación de las barreras culturales y físicas.

Se entiende por rehabilitación integral aquellos procesos que permitan a la persona una mayor compensación posible de las desventajas de toda naturaleza que puede traer como consecuencia el desempeño inadecuado de los roles que

³⁵ Ferrer, E. (22 de enero de 2009). El Ecuador tiene el 12,8% según la OEA. El Universo Recuperado de <http://www.eluniverso.com/2009/01/22/1/1361/2D2EE8BA0D38471EB181ECC5BAF6FDA8.html>

le son propios de su edad, sexo y condición socio cultural. Los diversos aspectos biológicos psicológicos y sociales que abarcan las personas son el componente para su desarrollo, por lo tanto se deben canalizar esfuerzos para realizar ajustes necesarios destruyendo las barreras que se interponga en la integración.

2.6.7. El desempeño del CONADIS en el Ecuador

El CONADIS es el ente rector que tiene un plan estratégico coordinador y regulador de políticas, y planes de ejecución y acción dispuesto en la ley para el ámparo de las personas discapacitadas, y promueve la prevención, atención e integración para mejorar la calidad de vida. En el Ecuador existe una diversidad de causas que incapacitan a las personas en ciertos aspectos y funciones sociales, debido a: “enfermedades adquiridas, accidentes de trabajo, accidentes de tránsito, accidentes domésticos, accidentes deportivos, accidentes por violencia, desastres naturales, causas congénitas-genéticas, problemas en el parto, trastornos nutricionales, por problemas sensoriales, retardo mental, enfermedades psíquicas y de lenguaje”³⁶. (Escobar, 2010, p. 231).

Altas cifras de discapacidad en Ecuador son evidentes, de la población actual aproximadamente el 12% padece de alguna enfermedad discapacitante y al menos prevalece un discapacitado por hogar, Escobar (2010) menciona que se encuentran distribuidos el “8% en hogares rurales y el 5% en hogares urbanos”³⁷ (p. 321), siendo la provincia de Manabí la mas afectada, Portoviejo es uno de

³⁶ Escobar, G. (2010). *Personas con discapacidad. VII Informe sobre los Derechos Humanos*. Madrid: Trama editorial.

³⁷ Escobar, G. (2010). *Personas con discapacidad. VII Informe sobre los Derechos Humanos*. Madrid: Trama editorial.

los cantones de preocupación creciente debido que se encuentra mas de un discapacitado por hogar.

El Conadis en el Ecuador ampara, regula y brinda beneficios por medio de los Ministerios de Salud, Bienestar Social, Educación y Cultura a las personas con discapacidad para ampliar, distribuir y promulgar garantías, medidas de atención primaria, establecer programas de carnetización como medida de control y acciones favorables dentro de la sociedad. Algunas instituciones del sector público y privado tales como: Comisiones Provinciales, Departamentos Provinciales, Instituciones sin fines de lucro, Fundaciones políticas que priorizan la atención y la inclusión en todos los aspectos.

El diario el Mercurio (2012), público que:

El trabajo que realiza la Vicepresidencia de la República, en la atención y prevención de la discapacidad que ahora es una política de Estado y uno de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, lo que ha permitido brindar asistencia a cerca de 300.000 personas con discapacidad a través de la Misión Solidaria Manuela Espejo y la Misión Joaquín Gallegos³⁸.

2.6.8. Ámbito psicológico en el área de la discapacidad

Es fundamental enmarcar en el contexto de la psicología especial las desviaciones de la evolución psíquica de las personas discapacitadas desde los inicios de su infancia hasta la adultez, la preocupación creciente del

³⁸ El Mercurio. (18 de mayo de 2012). *El Ecuador presentará en Ginebra logros alcanzados en materia de derechos humanos de las personas con discapacidades*. Recuperado de <http://www.elmercurio.com.ec/333638-ecuador-presentara-en-ginebra-los-logros-alcanzados-en-materia-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-discapacidades.html>

discapacitado en el entorno familiar y social, le establecen barreras que lo incapacitan dentro del ámbito colectivo y convergen ciertos factores cognitivos, sociales y de comportamiento individual que desfavorecen su desenvolvimiento normal y aceptación dentro del ámbito familiar.

2.7. La salud bucal en los discapacitados.

La salud y la conservación de la misma en todos sus aspectos y niveles, es primordial en las personas con discapacidad ya que se predisponen a padecer alguna enfermedad oportunista como resultado del déficit inmunológico, a las condiciones físicas e intelectuales y limitaciones que tienen para desenvolverse en el medio social, por lo tanto requieren de ayuda para lograr y mantener una buena salud, sin embargo existen restricciones en familias de bajos recursos económicos que se encuentran imposibilitados de asistir a una atención privada, dirigida y especializada para así llevar una salud plena.

En el Ecuador los niños y adolescentes son el grupo potencial de riesgo vulnerable que presentan problemas bucodentales, debido a dos factores: el nivel educacional y económico de los familiares y de las personas que los asisten, y por otra parte el personal de asistencia odontológica no se encuentra capacitado, ni preparado para actuar y manejar al paciente con necesidades especiales para una rehabilitación integral, y los recursos gubernamentales no son los suficientes para llevar a cabo tratamientos para este tipo de pacientes.

Es evidente y excluyente que aún en las clínicas odontológicas no existen las áreas adecuadas con rampas, ascensores o vías de accesos para los discapacitados. Muchas de las familias de los discapacitados tienen acceso a la atención pública sin embargo éstos pacientes suelen necesitar de otros tipos de tratamientos que demanden la interacción del médico, psiquiatra o psicólogo y del odontólogo. Para Silvestre (2007) los pacientes especiales en odontología están predispuestos a una atención minuciosa debido a las particularidades de sus características y condiciones de discapacidad, se corre el riesgo de exponer su salud general, la asistencia clínica es de mayor complejidad y depende de la técnica odontológica y del aspecto conductual del paciente, las condiciones bucales del paciente lo hacen más vulnerable al tratamiento, y por último los procesos de la enfermedad discapacitante y enfermedades oportunistas pueden llegar a interceder en el tratamiento odontológico. (p.15).

2.8. LESIONES BUCALES AUTOINDUCIDAS

Las lesiones bucales autoinducidas o autoinfligidas son desórdenes esporádicos conocidos como fácticos, que de forma repentina aparecen en la cavidad bucal, siendo comunes en niños y adolescentes pero por lo general las personas con discapacidad son más vulnerables debido a los comportamientos anormales y a la falta de conciencia, que en un estado o período determinado pueden causarse daños. No todas las enfermedades discapacitantes conllevan al padecimiento de lesiones bucales autoinducidas, es por ello que referimos aquellas enfermedades discapacitantes que conlleven a la aparición de problemas bucodentales y que se deben también a una serie de factores desencadenantes o predisponentes.

Etiología

La etiopatogenia de las lesiones bucales autoinducidas está ligada a diversos factores dependiendo del tipo de problema que aparezca y conlleva a desórdenes de gran magnitud afectando el crecimiento y desarrollo maxilofacial sobre todo en personas con discapacidad, en que estos procesos no se dan en parámetros normales.

El patrón psicológico de estas personas se ve afectado a diversas escalas que origina en un acto adquirido denominado 'hábito' que se realiza deliberadamente de forma consciente o inconsciente. Según Bordoni et al. (2010) los hábitos son conductas repetitivas realizados instintivamente, y estereotipadas que tienen efectos físicos como los daños de los tejidos o efectos sociales que son negativos para el individuo que es visto como un estigma raro.

En su obra Bordoni (2010), cita que:

Maury Massler (1983) refiere que a diferentes edades el hombre expresa sus sentimientos y sus tensiones a través de diversos movimientos musculares y acciones. Estos sentimientos y reacciones pueden ser conscientes y ocurrir ocasionalmente en respuesta a una situación específica. Sin embargo cuando la acción es repetida una y otra vez se convierte en un hábito y esto refleja sentimiento inconsciente³⁹. (p. 657).

Los hábitos parafuncionales intraorales más comunes en los pacientes con enfermedades discapacitantes son: el morsiscatum labiorum, la onicofagia, la succión digital y el bruxismo, tienen un valor predictivo etiogénico de otros

³⁹ Bordoni, N. et al. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Argentina: Panamericana.

desórdenes maxilofaciales, musculares y problemas bucodentales que constituyen un aspecto de especial interés en la aparición de maloclusiones, tal es el caso de los pacientes con discapacidad física e intelectual que la prevalencia del hábito puede ser constante, de alta frecuencia e intensidad y de difícil erradicación, causando diversas alteraciones en la cavidad oral.

2.9. Hábitos bucales o causas de lesiones bucales

2.9.1. Succión con fines no nutritivos

Este hábito consiste en la succión de forma primaria del dedo y de objetos (teta, chupón, tela, lápiz), desde los principios de la infancia la succión del dedo pulgar u otro, es muy frecuente en niños pequeños, sin embargo llega a persistir en los pacientes con discapacidad física e intelectual, provocándose graves daños y lesiones bucales traumáticas autoinducidas, no sólo a nivel del sistema estomatognático, sino efectos físicos el dedo se deforma por la postura que adopta al succionarlo y efectos funcionales sistémicos por la aparición de infecciones.

Etiología

Restrepo (2009), refiere que:

La etiología de la succión digital es multifactorial e incluye factores genéticos y ambientales. Entre estos se presenta la perpetuación de un reflejo de succión no resuelto. La succión del pulgar está muchas veces relacionada con la adherencia a otro tipo de objetos, como la cobija y los

peluches y con la ausencia de un adecuado proceso de lactancia. También ha sido asociada con otro tipo de síndromes⁴⁰. (p. 68).

Como bien lo dice Nahas (2009) el número de veces, el tiempo de duración, y la intensidad indefinida de la succión digital u otros objetos puede ocasionar daños no solo a nivel dental, sino también dermatológico, ortopédico, estético, psicológico y social. Los problemas bucales más frecuentes y maloclusiones que se asocian al hábito de succión no nutritiva son: "mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, hipotonicidad del labio, aumento del resalte, clase II, paladar ojival y mordida cruzada". (p. 558).

2.9.2. Onicofagia

La onicofagia se define como el acto "comerse" las uñas con los dientes, provocando heridas y laceraciones en dedos, labios y encías, pudiendo ocasionar el padecimiento de infecciones, las uñas y dedos son el reservorio de microorganismos y la boca es la puerta de entrada a diversas enfermedades y como los pacientes discapacitados están inmunodeprimidos son más susceptibles a complicaciones sistémicas.

Etiología

La génesis de la onicofagia tiene sus bases en el aspecto psicológico del paciente especial o discapacitado. Nahas (2009) refiere que el hábito "es

⁴⁰ Restrepo, C. (Octubre de 2009). *Succión digital*. Revista CES Odontología No. 2. Recuperado de revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/269/619

considerado como un mecanismo liberador de tensiones”⁴¹ (p. 564), éstos hábitos pautados en el desarrollo del niño se relacionan con la expresión de sentimientos, siendo reacciones automáticas e inevitables en momentos potenciales de frustración, estrés fatiga y ansiedad. Es muy común en pacientes con trastornos mentales e intelectuales, y suele ir acompañado de otros hábitos paralelos de autoagresión física. Este hábito inadecuado origina lesiones y alteraciones a nivel del esmalte dentario, mucosas y afecta a la higiene del sistema estomatognático.

Guedes, Bonecker, & Martins, (2011), describen que:

Las principales complicaciones asociadas son: heridas de la cutícula, y sangrado en los bordes de las uñas, deformidades en los dedos, infecciones por hongos o bacterias, reabsorciones radiculares, fracturas en los bordes de los dientes y lesiones en la encía. Baydas et al. Observaron relación positiva significativa entre la prevalencia de Enterobacteriaceae totales y *Echerichia coli* en la saliva de individuos que roen uñas crónicamente⁴². (p. 375).

2.9.3. Hábitos labiales

Nahas (2009) refiere que “los hábitos labiales son los que envuelven la manipulación de los labios y de las estructuras peribucales”⁴³ (p. 565) y en las personas con enfermedades discapacitantes desarrollan un patrón neuropsicológico de mecanismo automático producto del desequilibrio emocional que se manifiestan ante sentimientos de estrés, frustración, angustia, ansiedad, tensiones del entorno familiar y del medio social, determinando la ejecución de

⁴¹ Nahas, M. et al. (2009). *Odontopediatría de la primera infancia*. Sao Paulo: Santos.

⁴² Guedes, A., Bonecker, M., & Martins, C. (2011) *Fundamentos de Odontología*. *Odontopediatría*. Sao Paulo: Santos Editora.

⁴³ Nahas, M. et al. (2009). *Odontopediatría de la primera infancia*. Sao Paulo: Santos.

actos repetitivos y nocivos tales como: lamer, morder o succionar los labios provocando lesiones leves o graves.

2.9.4. Bruxismo

Garcés, et al. (2008), manifiestan en su literatura que:

El bruxismo es definido como “un hábito oral que consiste en apretamiento o rechinar espasmódico rítmico e involuntario de los dientes.” Clasificado según la Asociación Americana de desórdenes del sueño (ADA) como “un desorden de movimiento estereotipado caracterizado por apretamiento y rechinar durante el sueño⁴⁴. (p. 62).

Etiología

Algunos autores consideran que el origen del bruxismo radica en el sistema nervioso central y que es una fatiga producto de trastornos psicológicos o factores locales, su estudio es fundamental debido a la infinidad de problemas secundarios que desencadena, uno de ellos el dolor mioesquelético en los pacientes con enfermedades discapacitantes físicas, intelectuales y neuropsicológicas. Como bien dice Nahas (2009) puede ser considerado por los psicólogos como la "imposibilidad de expresar sentimientos de ansiedad, rabia o agresividad"⁴⁵. (p. 566). Y desde el punto de vista conductual en las personas con discapacidad se convierte en un mecanismo de daño potencial para el sistema estomatognático.

⁴⁴ Garces, D., Godoy, L., Palacio, A. & Naranjo, M. (abril de 2008) Acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio. Revista CES Odontología. No. 1. Recuperado de revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/53/43

⁴⁵ Nahas, M. et al. (2009). *Odontopediatría de la primera infancia*. (p. 566). Sao Paulo: Santos.

Los sistemas cerebrales de controles superiores y generadores de mecanismos de protección inciden directamente sobre el sistema estomatognático estableciendo una reprogramación del sistema neuromuscular, para transmitir y disipar las fuerzas de diversa magnitud, dirección y frecuencia provocando cambios en las funciones normales. En los pacientes con necesidades especiales éstas fuerzas adquieren el carácter de parafuncionales siendo intensas y prolongadas, provocando alteraciones como: dolores musculares y articulares, desgaste generalizado, daños periodontales y dentales.

2.10. Hábitos autolesivos

Bordoni (2010), refiere que:

Las conductas autolesivas son una manifestación de algunos desórdenes neuromusculares y ciertos trastornos psiquiátricos. Existen síndromes como el de LeshNyhan que tienen entre sus características conductas compulsivas que llevan a la mordedura de labios, lengua y carrillos, provocando lesiones muchas veces irreversibles (Rashid y col..1997) los pacientes con parálisis cerebral y otros tipos de retardo mental pueden sufrir autoagresiones bucales, hay casos de niños que se han provocado lesiones en los carrillos por mordeduras crónicas⁴⁶. (p. 673).

Clasificación de las lesiones

Lesiones de las mucosas

Lesiones por trauma

Lesiones por mordedura

⁴⁶ Bordoni, N. et al. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. (p.673). Argentina: Panamericana.

Lesiones de los tejidos duros

Lesiones y fracturas dentales

Fractura del hueso alveolar

Fractura conminuta de la cavidad alveolar

Fractura de la pared alveolar

Fractura del proceso alveolar

Lesiones gingivoperiodontales

Retracción gingival

Inflamación gingival ulcerativa o gingivitis artefacto

Lesiones traumáticas del ligamento periodontal

Contusión

Subluxación

Luxación

Avulsión dentaria

2.10.1. Lesiones de las mucosas

Las lesiones de las mucosas son autoinfligidas o inducidas como resultado de los cambios en el patrón emocional de los pacientes discapacitados, estos se vuelven agresivos provocándose una serie de daños que van desde rasgarse

hasta fisurarse y estimular crecimientos mucosos que concurren dentro de la cavidad bucal, que se encuentra expuesta ante cualquier agente traumático físico-químico.

Entre estas tenemos:

Lesiones por traumas

Manchas

Las manchas son lesiones circunscritas, Guedes (2011) lo argumenta como una “modificación plana de coloración normal de la mucosa, se las denomina manchas vasculares o melánicas producto de un trauma crónico. Puede ser hipocrómica (clara) o hiperocrómica (oscura)”⁴⁷. (p. 114). No producen ningún relieve ni cambios de consistencia, son las lesiones más evidentes dentro de la cavidad oral.

Úlceras o aftas

Las úlceras o aftas son manifestaciones de la mucosa que se caracteriza por una pérdida de capas epiteliales ante un trauma físico-químico o a factores alimentarios o estados depresivos, sus aspectos clínicos de forma, tamaño, profundidad y contorno varía debido a la gravedad de la lesión y en los pacientes con enfermedades discapacitantes es común observar en la mucosa que reviste

⁴⁷ Guedes, C., Bonecker, M., Martins, C. et al. (2011). *Fundamentos de Odontología*. Sao Paulo: Santos.

a la cavidad oral ulceraciones delimitadas por un halo, con exudado sangrante y doloroso provocada por los bordes irregulares de los dientes o por hábitos parafuncionales. (Gutiérrez & Iglesias. (s.f.) p. 100).

Laceraciones, fisuras o erosiones

Las laceraciones fisuras o erosiones son heridas superficiales o profundas de la mucosa que pueden ser producto de un trauma leve o grave o producido por sustancias irritantes. Los síntomas característicos son el dolor, ardor y sangrado. Puede que no se detecte una laceración en el espesor de la mucosa con masa muscular, pero si una superficial. El pronóstico es favorable si se realiza un examen exhaustivo para verificar si no existe algún cuerpo extraño o diente que produjo la herida, y éstas deben cerrarse las en las primeras 24 horas.

Fibromas

El fibroma por trauma es un crecimiento papular fibroso cicatrizal localizado, esta tumoración carece de vascularización proporcionándole una coloración normal a pálida, su superficie puede ser lisa o ulcerada y es producido por un traumatismo crónico como el mordisqueo de carrillo, labios o irritaciones en la mucosa oral o por hábitos de succión de la mejilla o de interposición lingual.

Suárez y cols. determinan que “el fibroma traumático es considerado como el tumor benigno más frecuente de la cavidad bucal”⁴⁸. El pronóstico es favorable y el tratamiento es quirúrgico conservador, se debe tratar de eliminar los factores causales locales.

Mucoceles

Es una formación o crecimiento tisular del tejido conjuntivo provocado por la acumulación de moco o saliva por debajo del epitelio, debido a la obstrucción o ruptura de los conductos de las glándulas salivales. Ésto es provocado por traumatismos localizados y se caracteriza por una inflamación superficial de la mucosa fluctuante, azulada e indolora, puede desarrollarse en cualquier área, siendo más frecuente en el labio inferior debido a la succión o mordisqueo. Es una lesión benigna muy común en los pacientes discapacitados, el diagnóstico se asegura con la aspiración del fluido en el cual saldrá secreción salival, el pronóstico es favorable y el tratamiento es la extirpación quirúrgica y con cuidado remover la glándula afectada. (Wolff, et al. 2009, p. 644).

Lesiones por mordeduras. (Morsicatum buccarum, labiorum y linguarum)

Es una de las lesiones autoinducida frecuentes en los pacientes con enfermedades discapacitantes y se caracteriza por lesiones a nivel de la mucosa producto del mordisqueo con los propios dientes, una vez que se muerden la

⁴⁸ Universidad de los Andes. (Junio de 2011). Fibroma traumático evaluación clínica e histológica de un caso. Recuperado de http://www.google.com.ec/#hl=es&client=psyab&q=fibroma+bucal+por+trauma&oq=fibroma+bucal+por+trauma&gs_l=serp.3...815.10111.1.10485.17.12.0.5.5.0.295.2863.212.12.0...0.0...1c.1.WRjFDvI5u6U&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=3e9edeb2e7a965df&bpcl=38626820&biw=1600&bih=701

mucosa que reviste la cavidad oral, se produce la descamación del epitelio, se vuelve una superficie irregular, macerada e irritada, blanquecina e indolora, y el área de afectación de la mucosa con el tiempo se engrosa debido a la producción de queratina. Jiménez (2009) menciona que el “morsicatum bucarum es una de las tres lesiones más frecuentemente encontradas, junto con lengua saburral y pigmentación racial, siendo el dorso de la lengua, mucosa yugal y labios las localizaciones más frecuentes.”⁴⁹.

Lesiones labiales

Las lesiones labiales pueden ser simples y superficiales localizadas en la mucosas o complejas que comprometen el espesor del labio determinando heridas profundas son muy comunes en las personas que padecen enfermedades discapacitantes, además de las lesiones intrabucuales autoinducidas presentan heridas en los labios que van desde erosiones, fisuras, úlceras, eritemas, contusiones, manchas, y queilitis angular.

Es evidente la cicatriz en la mucosa oral como secuela ante las agresiones, y son las causas más comunes los hábitos bucales compulsivos, repetitivos y los traumatismos locales a los cuales los pacientes discapacitados están expuestos, aunque son diversos los hábitos y coadyuvan en la aparición de las heridas, entre estos el más predominante el morsicatum labiorum.

⁴⁹ Jiménez, C. (2009). *Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales*. Recuperado de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art17.asp>

2.10.2. Lesiones de los tejidos duros

Lesiones y fracturas dentales

Las lesiones dentales pueden llegar a ser simple o complicadas, los dientes pueden padecer ciertos problemas y lesiones autoinducidas, que están relacionadas con ciertos hábitos parafuncionales o por autoagresión de las personas discapacitadas. Los dientes pueden llegar a fisurarse, fracturarse, aflojarse y salir de su nicho óseo, como consecuencia de golpes e impactos externos o internos. Estas lesiones son comunes en las personas con sus facultades normales, pero más predisponentes son los pacientes discapacitados que es el caso de especial atención en el área odontológica. Las fracturas de los dientes pueden ocurrir a cualquier nivel dependiendo de la extensión de la lesión y de la intensidad del agente que produjo el trauma, pueden ser sencillas y llegar hasta complicarse produciendo pérdida de la pieza dentaria y lesiones en los tejidos periodontales. (Bordoni, 2010, pp. 511-513).

Fractura del hueso alveolar.

Las lesiones óseas alveolares o fracturas se caracterizan por el desprendimiento y desplazamiento alveolar con una o más piezas dentarias y se han convertido en un problema de Salud Pública, siendo las personas con enfermedades discapacitantes los grupos más vulnerables de sufrir fracturas del hueso alveolar ya que se exponen a diversas situaciones de peligro. Bordoni (2010) indica que “una alta proporción de pacientes con discapacidad mental sufren traumatismos

dentoalveolares. En éste grupo se encuentran los pacientes que presentan convulsiones repetitivas de naturaleza violenta”⁵⁰. (p. 513).

Los traumatismos óseos son frecuentes en personas con ciertas enfermedades que provocan discapacidad física los exponen a sufrir caídas por la falta de estabilidad y reflejos, además las personas con ciertas enfermedades neurológicas y déficits mentales suelen asociarse con crisis convulsivas, siendo éstas las causantes más comunes de traumatismos y lesiones de la cavidad bucal. Las fracturas alveolares son las lesiones que van de leves a más complejas y se acompañan generalmente de luxaciones dentales o avulsiones y se las ha clasificado de acuerdo a la situación de los pacientes.

Fractura conminuta de la cavidad alveolar

Según Bordoni (2010) las fracturas conminutas de los procesos alveolares se relacionan con luxaciones dentarias de forma lateral o intrusiva. En el momento de la urgencia la fractura se puede reducir con presión digital y dar tratamiento al diente luxado, el diente no presenta movilidad excesiva, pero sí dolor el cual es necesario controlar para comodidad del paciente. (p. 530).

Fractura de la pared alveolar

Este tipo de fractura afecta a una pequeña área ósea sea vestibular o lingual y está directamente asociada a luxaciones dentales, que tienden a desplazar el

⁵⁰ Bordoni, N. (2010). *Odontología pediátrica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

diente y presentar contusiones en la encía adyacente, el tratamiento consiste en la reposición rápida, ejerciendo una suave tracción digital, luego de realizar ésta maniobra es indispensable revisar la oclusión.

Fractura del proceso alveolar

Este tipo de fracturas es la pérdida de continuidad del proceso alveolar y suelen darse a nivel de los dientes anteriores o premolares, puede o no afectar la cavidad alveolar y están acompañadas de otras lesiones faciales con alteraciones oclusales, la maniobra recomendada es la de reducir y fijar las estructuras para permitir la cicatrización, y posteriormente dar solución al daño que sufrió el diente.

2.10.3. Lesiones gingivoperiodontales traumáticas

En los pacientes discapacitados sean niños o adultos la inflamación como respuesta a factores nocivos hacia los tejidos periodontales es común, Koch & Poulsen (2011) refiere que “en la mayoría de los casos la inflamación se restringe a los tejidos gingivales”⁵¹ (p.166) como respuesta defensiva ante un agente traumático dentro de la cavidad bucal.

Como lo establece Assed (2008) “también se encuadran en esa categoría las lesiones traumáticas, siendo las más comunes aquellas causadas por el propio

⁵¹ Koch, G., & Poulsen, S. (2011). *Odontopediatría. Abordaje clínico*. Oxford: Amolca.

individuo, como por ejemplo la onicofagia u otros hábitos nocivos, o también las lesiones originadas por cuerpo extraño”⁵². (p. 863).

La etiología de las lesiones gingivoperiodontales son evidentes y multifactorial en personas con enfermedades discapacitantes, e interactúan para producir las alteraciones a nivel del periodonto y entre las más repetitivas encontramos: la técnica de cepillado incorrecta, uso del chupete, bruxismo, onicofagia, succión digital, automutilación, introducción de cuerpos extraños a la boca, morsicatum etc. Aquellas personas con ciertas enfermedades que comprometen el bienestar neurológico y que padecen estados convulsivos, las manifestaciones a nivel de la mucosa oral y sobre todo en el periodonto son frecuentes, las lesiones leves o graves a este nivel afectan la integridad del diente.

Retracción gingival

La retracción gingival o recesión gingival es la migración apical del margen de la encía que puede estar acompañado o no de la migración del epitelio de unión gingival, que es provocado principalmente por la interacción de factores irritativos, físicos y constantes, sean locales o generalizados, que estimulan agresivamente la encía dejando desprovista la región cervical del diente se deben a diversos factores etiológicos.

⁵² Assed, S. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Sao Paulo: Amolca.

Guedes (2011), menciona que:

Varios factores etiológicos están relacionados a las retracciones gingivales. Éstos pueden resultar de inserción alta de frenillo lingual o labial, mala oclusión, traumatismos, dehiscencias del hueso alveolar, injurias provocadas por cepillado muy fuerte o técnica inadecuada o traumatismo oclusal. La presencia de hábitos nocivos como uso incorrecto del chupete y automutilación son otras de las causas descritas⁵³. (p. 157).

Inflamación gingival ulcerativa o gingivitis artefacta

La encía reacciona con una respuesta defensiva ante elementos nocivos, como los irritantes mecánicos locales e intermitentes, esta encía inflamada se caracteriza por la presencia de edema, eritema, dolor, a veces sangrado y puede llegar a infectarse por bacterias provenientes de la flora normal de la boca que colonizan en las áreas afectadas. Para el tratamiento se recomienda la limpieza profesional de los dientes adyacentes luego la implementación de la rutina normal de cepillado evitando la zona lesionada y el uso de colutorios con clorhexidina de 7 a 10 días.

Lesiones traumáticas del ligamento periodontal

Las lesiones del ligamento periodontal son producto de un fuerte impacto sobre las estructuras dentales, la naturaleza del impacto puede ser variada y deberse a situaciones patológicas de los pacientes en especial en los discapacitados físicos, mentales y neuropsicológicos son frecuentes las caídas y convulsiones La afectación del ligamento periodontal influye negativamente en la normal

⁵³ Guedes, A. et al. (2011). *Fundamentos de odontología*. Sao Paulo: Santos Editora.

articulación del diente en su lecho óseo ocasionando manifestaciones clínicas como el dolor, inflamación, movilidad dental, sangrado y necrosis pulpar. Se clasifican de acuerdo a la gravedad del daño periodontal y están asociadas con otros tejidos lesionados.

Concusión

Es el daño mínimo del ligamento periodontal causado por un traumatismo en la cual el diente no presenta movilidad anormal ni desplazamiento, sin sangrado visible en el surco gingival pero sí una ligera sensibilidad a la percusión vertical de los dientes afectados, el diente puede tener alguna leve fractura a nivel de esmalte por el impacto recibido.

Subluxación

Es la lesión traumática moderada del ligamento periodontal en la cual el diente afectado puede tener una movilidad horizontal y vertical, pero no existe desplazamiento de los dientes dentro del alvéolo. Suele haber hemorragia alrededor del cuello del diente en el margen gingival, aumento del espacio pericementario y dolor a la percusión.

Luxación

La luxación dentaria determina al desplazamiento del diente dentro del alveolo, el cual presenta mayor movilidad, dolor espontáneo, sangrado profuso, y que en

muchas ocasiones se asocia a fracturas de las paredes alveolares. De acuerdo a la dirección del desplazamiento es la clasificación de la luxación: si el desplazamiento dental es hacia dentro del alveolo se denomina luxación intrusiva, y si la dirección del desplazamiento es hacia afuera será luxación extrusiva y luxación lateral cuando el diente se desplaza hacia un lado dentro del alveolo.

Avulsión dentaria

La avulsión dentaria es producto de un traumatismo, el diente íntegro es desplazado completamente del proceso alveolar y pierde totalmente la continuidad de la articulación periodontal, las probabilidades de reimplantación dependerá de la rapidez y manejo oportuno de la urgencia, sin embargo el pronóstico suele ser desfavorable en la mayoría de los casos, sobre todo en los pacientes discapacitados que la atención en la consulta odontológica es limitada de acuerdo al grado y dificultad de la enfermedad.

2.11. ASISTENCIA MÉDICO – ODONTOLÓGICA EN PACIENTES DISCAPACITADOS

Consideraciones generales

La asistencia de las lesiones bucales dada su importancia terapéutica no sólo se restringe a el acto operatorio de trabajar dentro de la boca de los pacientes

discapacitados, es necesario conocer todos los aspectos biopsicosociales y más las acciones apoyadas en el margen ético y moral que ejecuta el médico, odontólogo, los auxiliares de enfermería y odontología, los padres o familiares, y demás personas que trabajan en conjunto en pos de la salud de las personas con necesidades especiales será el resultado de la compleja labor desempeñada por el compromiso humano canalizados en el bienestar de los discapacitados.

El tratamiento de las patologías bucales es parte de un proceso de análisis y rehabilitación general, que se lleva a cabo de manera concienzuda y comedida por parte de las personas encargadas del cuidado del paciente colaborando con el mayor esfuerzo posible para facilitar los procedimientos rehabilitadores de forma secuencial. Es importante que cada miembro del personal y familiares del discapacitado sepa cuál es el papel que debe ejecutar antes, durante y después de la atención sanitaria y rehabilitación.

Conocer la situación general, necesidades y requerimiento del estado de salud es fundamental para el trabajo en conjunto y evitar riesgos potenciales dentro de la consulta odontológica. La escala de riesgo médico propuesto por la “American Society of Anesthesiologists”, Silvestre & Plaza (2007) menciona que la categoría ASA IV incluye a los pacientes con enfermedades discapacitantes que repercuten directamente en el desempeño de normal de su vida cotidiana. En estos pacientes es primordial la atención del problema médico que la atención odontológica, el riesgo de instaurar el tratamiento es más elevado debido a que las condiciones generales de salud no son favorables por este

motivo muchas veces es necesario posponer la atención odontológica hasta que el paciente encuentre su estabilidad o atenderlo en medios hospitalarios. (p. 17).

Las enfermedades que se han tomado en cuenta en ésta investigación son las que causan discapacidades en los pacientes, encasillándolos dentro de la categoría IV porque padecen enfermedades que afectan significativamente el vivir de aquellos, por éstas razones se debe partir de la premisa que el tratamiento médico o la condición de salud general es muy importante como el tratamiento odontológico y debe ser realizado en condiciones hospitalarias, con más razón si el problema bucal puede tener consecuencias catastróficas en la salud ya que generalmente los discapacitados tienen su sistema inmunológico deprimido.

Siempre se debe tomar en cuenta que el tratamiento odontológico que se realice no interfiera en el tratamiento de su enfermedad y por el contrario, que el médico planifique un tratamiento que afecte en lo mínimo posible la salud bucal del paciente. Lo anteriormente dicho se logra con el trabajo conjunto que se realiza entre el médico general tratante, los especialistas, los odontólogos, y otros miembros del personal por medio de interconsultas, para establecer una comunicación entre los profesionales, familiares y pacientes sobrellevando positivamente la rehabilitación de la salud.

La relación médico odontológica se la establece para obtener cualquier cantidad de información sobre la enfermedad incapacitante, saber cómo es su curso, evolución, complicaciones, el tratamiento recomendado, muchas veces como un

apoyo durante una situación de emergencia y para juntos definir el plan de tratamiento integral, entre otras razones. Como menciona Pessoa & Denser (2008) “se recomienda que el odontólogo esté acompañado por otro profesional y por un auxiliar, porque ellos conocen los procedimientos odontológicos”⁵⁴. (p.72).

La relación con los familiares o cuidadores es importante, deberán brindar detalles verídicos sobre el paciente, el comportamiento en casa, en la escuela, durante alguna atención odontológica previa, lo que le gusta al paciente, lo que le incomoda, lo que le relaja, lo que lo pone tenso, etc. Como bien dice Villar (2009) que “las situaciones que más desconciertan y que más difíciles son de manejar para los cuidadores son los comportamientos agresivos, que en ocasiones implican un maltrato verbal y físico dirigido hacia el propio cuidador”⁵⁵.

Además que no basta solamente el empleo por parte del odontólogo de estrategias psicológicas para la atención odontológica especial sino que son los familiares más cercanos quienes nos brinden apoyo sobre cómo manejar al paciente durante la consulta odontológica, o por medio del familiar entablar una comunicación indirecta con el paciente cuando la condición le impide tener cierta autonomía comunicativa.

La comunicación con el paciente se puede lograr de forma directa cuando el paciente es consciente de su situación y la necesidad del tratamiento odontológico, e indirecta cuando éstos son bastante impedidos de expresarse y

⁵⁴ Pessoa, T., & Denser, G. *Odontología hospitalaria*. Madrid: Editorial Ripano.

⁵⁵ Villar, F. (2009). *Discapacidad dependencia y autonomía en la vejez*. España: Aresta SC.

son los familiares los que nos brindarán ayuda para entablar dicha comunicación, cabe destacar que dependerá del paciente y la capacidad del odontólogo de adaptarse a la discapacidad del paciente para usar comunicación directa o indirecta y en muchos casos ambas. Boj (2011) dice que: “es importante tener en cuenta el tipo y grado de discapacidad de cada niño en particular, ya que repercute directamente sobre el estado de higiene oral y la capacidad de comunicarse y cooperar”⁵⁶. (p.637).

El trato hacia el paciente y sus familiares debe ser cordial, cálido y se debe actuar con naturalidad y dejar de lado la compasión, brindar confianza, ser claros al hablar con palabras comunes y de forma pausada, conversar sobre la importancia de la asistencia dental, tranquilizarlos si alguna situación les preocupa, hablar de la planificación del tratamiento, en muchos casos solicitar de manera amable su cooperación durante y después de la consulta, de esta manera se podrá obtener mayor información médica y social del paciente.

En cuanto a las consultas deben ser cortas, agradables para los familiares y paciente, escogiendo horarios por la mañana o dependiendo del horario más cómodo para ellos, que no interfiera en su alimentación, higiene o terapias, el odontólogo no debe hacer esperar tanto al paciente para que no se incomode e impaciente y generalmente el control odontológico en los discapacitados se lo debe realizar cada tres meses. La recolección de datos en los pacientes discapacitados tiene muchos aspectos que considerar, empezando con los datos personales, se debe saber qué nombre le gusta más, preguntar sobre su

⁵⁶ Boj, J. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. (p.637). Madrid: Editorial Ripano.

enfermedad, su inicio, evolución y las complicaciones, el tratamiento que está recibiendo, el comportamiento del paciente, no olvidando también revisar las fichas médicas y tener constante comunicación con el responsable de las prescripciones.

Los signos vitales son importantes como lo menciona Raymundo (2008) “evaluar la respiración, el pulso, la tensión arterial, la temperatura y cualquier anomalía presente informar al médico tratante. Luego observaremos la cabeza, cuello, la cara, las manos, el cabello, todo esto para detectar anomalías médicas, hábitos por ansiedad, o para predecir anomalías psicológicas las cuales se pueden manifestar como golpes, heridas, indicios de mutilación, cicatrices, en las manos se puede encontrar rastros de onicofagia, cambios de coloración, deformación de los dedos, cicatrices etc. Al llenar la ficha bucal hay que ser observadores y para detectar anomalías de número, forma, erupción, y enfermedades dentales, forma, tamaño coloración, tonicidad lingual y labial, forma y tamaño de los maxilares, mal oclusión, caries, enfermedad periodontal, pérdidas dentales y lesiones adquiridas por hábitos, medicamentos, o traumatismos, etc. (pp. 122–123).

Los tratamientos y protocolos en los pacientes discapacitados deben ser lo más simplificado posibles no dejando de lado la calidad de atención, será necesario tener todos los datos disponibles y conversar con el familiar para explicarle los hallazgos, explicarles a qué tipo de tratamientos serán sometidos cuales son los de urgencia y en qué condiciones o áreas realizarlos, establecer las citas,

tomando en cuenta que un discapacitado se estresa y fatiga el doble en comparación con un paciente sano.

El tratamiento de las lesiones bucales depende de las causas, del grado de discapacidad y el estado de salud que presente el paciente, muchas veces es necesario la utilización de anestesia local y sedación consciente en casos aislados siempre y cuando su salud lo permita, debemos contar con elementos de apoyo como abre bocas, bloques de mordida, diques de goma, bajalenguas envueltos en gasa y sujetos con hilo dental, succionadores.

Evitar que los pacientes estén expuestos al contacto con desechos, agujas, instrumentos puntiagudos y contaminados, evitar también exponerlos a ruidos fuertes y a luz intensa porque algunos discapacitados son sensibles lo que altera su comportamiento durante la atención, si es posible disponer de música instrumental para ayudarlos a relajar durante la cita.

Terapéutica y prevención

Conocer las causas de las lesiones autoinducidas nos sirve para determinar el tratamiento y promover la prevención, muchas lesiones son causadas por el cepillado incorrecto, en estos casos se trata las lesiones presentes con desinfección de las heridas, recomendar el uso de enjuagatorios, recomendar analgésicos y enseñar una correcta técnica de cepillado al familiar y al paciente si es posible. Si las lesiones bucales son ejecutadas por el paciente y se presentan hábitos (como morsicatum labiorum, linguarum, bucarum, succión

digital, entre otras) y las condiciones de salud lo permiten se puede recomendar el uso de aparatologías que actúan como separadores de tejidos blandos o pantallas intraorales, pero su uso es limitado porque muchos pacientes tienen un cuadro patológico bastante diverso e impredecible con convulsiones repentinas y existe el riesgo de deglución o aspiración de fragmentos de las aparatologías.

Las heridas más graves como menciona Bordoni (2010) se pueden tratar por medio de sedación, anestesia, sutura, control del dolor, en el caso de fracturas dentales debemos estimar la mejor alternativa para su restauración y rehabilitación dependiendo del caso, si existe fractura alveolar las maniobras básicas son disminuir el dolor, la ansiedad, realizar las maniobras de reposición ósea, de los tejidos blandos y suministrar fármacos analgésicos. Si las lesiones bucales son producto de traumatismos sea por convulsiones, comportamientos agresivos y producto de la ansiedad que presentan es necesario conversar con el médico tratante sobre la importancia de preservar los tejidos bucales y considerar como último recurso la administración de algún fármaco, si aquello no depende de fármacos buscar la mejor forma de mantener al paciente relajado, ayudarlo con terapias recreativas para disminuir su ansiedad y evitar los daños. (pp. 827–829).

Es indispensable que los familiares cooperen y se preocupen en brindar asistencia y estén conscientes de las lesiones que sufren los pacientes para que se sientan comprometidos con la prevención de aquellas lesiones, además su intervención positiva durante las consultas odontológicas preventivas es una ayuda reconfortante.

Boj (2011), nos explica:

A tal efecto, es muy importante, también la motivación de padres y cuidadores para que se involucren en el cuidado de éstos pacientes, ya que una actitud positiva se refleja en el cumplimiento de las pautas de la dieta y de las normas de higiene⁵⁷. (p. 632).

La motivación que los odontólogos brinden a los familiares influyen en forma positiva en la asistencia a los pacientes discapacitados, la educación familiar es de vital importancia en el cuidado e higiene bucal ya sea con ayuda o bien realizadas por ellos mismos, la correcta administración de los medicamentos que estabilizan a los enfermos, por ejemplo los anticonvulsivantes, los antidepresivos, ansiolíticos, llevarlos al médico a controles, se debe educar a los familiares sobre la alimentación equilibrada, terapias físicas y psicológicas como apoyo para mantener la estabilidad neuropsicológica, en pocas palabras promover la prevención de las lesiones bucales antes que cualquier medida terapéutica.

En cuanto al consultorio, éste debe estar dotado de elementos necesarios con el fin de brindar asistencia inmediata en el caso de presentarse alguna complicación dentro del consultorio o llegase un paciente conmocionado, se estabiliza al paciente hasta que el médico de cabecera pueda atender la urgencia, con mucha más razón si quienes más frecuentan éste lugar son pacientes con riesgos médicos o discapacitados.

Según Bordoni (2010), los elementos son los siguientes:

Elementos e instrumental: vasos desechables, recipientes para vómitos, soportes para venoclisis, jeringas desechables de 5 cm³ y 10 cm³ y agujas,

⁵⁷ Boj, J. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. Madrid: Editorial Ripano.

una bombona de oxígeno, con su respectiva mascarilla, camilla plegable, instrumental para reanimación cardiopulmonar, gasas estériles, vendas elásticas, esparadrapos, aspirador (succión), aplicadores, bajalenguas, torundas de algodón, estetoscopio, tensiómetro, oxímetro, sonda nasal, tijeras de material, pinzas hemostáticas, sutura, entre otros. Medicamentos: anestésico local con epinefrina y sin ella, paracetamol y antiinflamatorios no esteroides (AINE) en tabletas y en ampollas, antibióticos, corticoides, antihistamínicos, adrenalina en ampollas, insulina inyectable, solución salina, dextrosa o lactato de Ringer, vitamina K, esponja de gelatina, ácido tranexámico, solución oftálmica estéril, alcohol, solución yodada, entre otros⁵⁸. (p. 833).

⁵⁸ Bordoni. N. et al. (2010). *Odontología pediátrica*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODOS

3.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Bibliográfica: Para llevarse a cabo fue necesaria la obtención de información científica proveniente de libros de textos y libros virtuales.

De campo: Porque la investigación se llevó a cabo mediante la observación de la cavidad oral de pacientes que padecen enfermedades discapacitantes de la parroquia rural Riochico.

3.1.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratoria: Se determinó la existencia de lesiones bucales en los pacientes con enfermedades discapacitantes por medio de la exploración clínica bucal de dichos pacientes.

Descriptiva: Durante la investigación se describieron los hallazgos de lesiones bucales encontradas durante la exploración, también se describió las condiciones de salud general que influyen en la salud bucal y que favorecen a la aparición de dichas lesiones.

Analítica: Se analizó e interpretó los datos obtenidos durante la recopilación de la información directamente de los pacientes e indirectamente de los familiares cercanos de los pacientes con enfermedades discapacitantes.

Sintética: Toda la información luego de haberse procesado y haber obtenido los resultados deseados fue útil para elaborar una síntesis por medio de conclusiones al finalizar la investigación.

Propositiva: Se diseñó una propuesta de solución al problema existente al finalizar la investigación.

3.2. TÉCNICAS

Observación: Se observaron las consecuencias bucales de las lesiones autoinfligidas en los pacientes discapacitados y se registraron los datos encontrados en fichas de observación.

Encuesta: La encuesta fue dirigida a los pacientes y a los familiares responsables del cuidado de los pacientes.

3.3. INSTRUMENTOS

Formulario de encuesta

Ficha clínica

3.4. RECURSOS

Talento humano

Investigadoras.

Tutor de tesis.

Pacientes con enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud de la parroquia rural Riochico.

Familiares responsables del cuidado de los pacientes.

Médicos y odontólogo del Centro de Salud Riochico.

Tecnológicos

Cámara fotográfica

Impresora

Internet

Computadora

Pen drive

Scanner.

Discos compactos

Materiales

Fichas clínicas

Materiales de diagnóstico odontológico

Materiales de oficina

Económicos

Esta investigación tuvo un costo aproximado de US \$ 1122,00

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. Población

Para la recolección, análisis y procesamiento de la información se trabajó con el universo conformado por los pacientes que padecen enfermedades discapacitantes de la Parroquia Rural Riochico, quienes son aproximadamente 330 pacientes.

3.5.2. Tamaño de la muestra

Formula de la Z estadística

n= Tamaño de la muestra.

Z= Nivel de confiabilidad: 1.96

P= Probabilidad de la ocurrencia: 0.5

Q= Probabilidad de la no ocurrencia: 0.5

N= Población: 330

e= Error de muestreo: 0.03

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{Z^2 P Q + N e^2}$$

$$n = \frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(330)}{(1.96^2)(0.5)(0.5) + (330)(0.08^2)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.25)(330)}{(3.84)(0.25) + (330)(0.0064)}$$

$$n = \frac{316.8}{0.96 + 2.11}$$

$$n = \frac{316.8}{3.07}$$

$$n = 103.1$$

La muestra la constituyen 103 pacientes con enfermedades discapacitantes que en la parroquia Riochico.

3.6. Tipo de muestreo

De acuerdo con el problema y los objetivos planteados, la muestra es de tipo probabilístico al azar.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. CUADROS Y GRÁFICOS

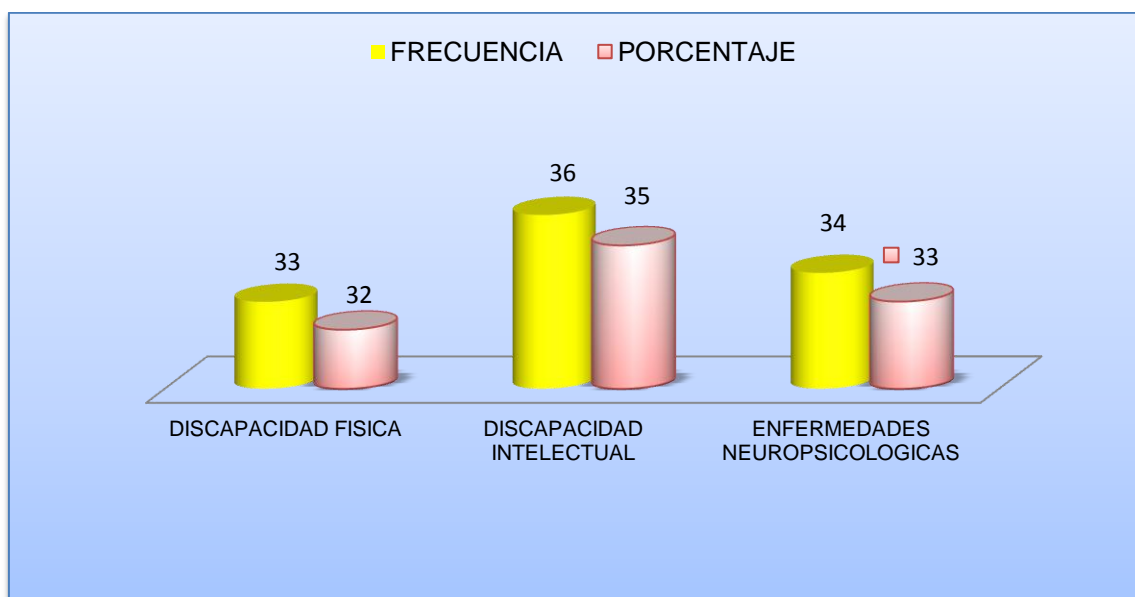
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

CUADRO N°1

Indique el tipo de discapacidad que posee

PACIENTES CON DISCAPACIDAD		
GRUPO DE PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Discapacidad física	33	32%
Discapacidad intelectual	36	35%
Enf. Neuropsicológicas	34	33%
Total	103	100%

GRÁFICO N°1



Fuente: Encuestas y fichas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados de las encuestas aplicadas a 103 personas corresponden al 100% de información referente a los pacientes con enfermedades discapacitantes, de acuerdo a los resultados, estos se distribuyeron en tres grupos, 33 pacientes que corresponden al 32% poseen discapacidad física, 36 equivale al 35% de pacientes con discapacidad intelectual, y 34 pacientes que corresponde al 33% presentan enfermedades neuropsicológicas

En “algunas personas la situación de discapacidad les habrá acompañado a lo largo de toda su vida y, en otros casos, será la edad o los procesos de enfermedad los que les habrá desencadenado dicha discapacidad y, consecuentemente la situación de dependencia”⁵⁹. (Sendra, 2009, p. 449). p. 18.

Tal como demuestran los resultados obtenidos de las enfermedades discapacitantes, se concluyó que prevalecen discapacitados intelectuales, se aproximan porcentajes significativos de pacientes con trastornos neuropsicológicos y por último los que presentan discapacidad física.

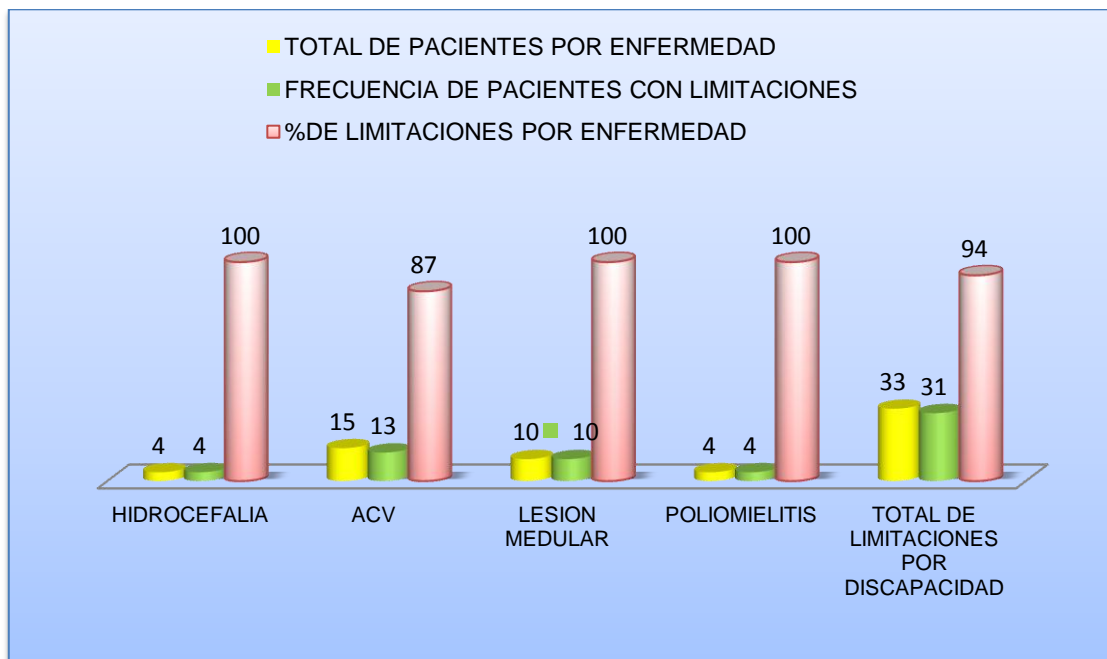
⁵⁹ Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones: Clasificación y etiologías frecuentes*. España: Ideas propias.

CUADRO Nº 2

El tipo de discapacidad que tiene, ¿le dificulta para realizar actividades cotidianas?

TIPO DE ENFERMEDAD FÍSICA	TOTAL DE PCTS POR ENFERMEDAD	F. DE PCTS. CON LIMITACIÓN	PORCENTAJE
Hidrocefalia	4	4	100%
ACV	15	13	87%
Lesión medular	10	10	100%
Poliomielitis	4	4	100%
Total	33	31	94%

GRÁFICO Nº 2



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y fichas clínicas realizadas en pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico. Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos de las enfermedades discapacitantes físicas que limitan las actividades cotidianas, 4 que corresponden al 100% padecen hidrocefalia y están impedidos para realizar sus actividades, de 15 pacientes con accidente cerebrovascular 13 que equivale al 87% están impedidos, 10 corresponde al 100% de pacientes con lesión medular y 4 (100%) a pacientes con poliomielitis se encuentran impedidos para realizar sus actividades cotidianas y necesitan de ayuda. De 33 pacientes con discapacidades físicas, 31 (94%) es el total de personas discapacitadas con limitaciones e impedidos.

Valeri Carr refiere que en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, el artículo 1 argumenta que:

Las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás⁶⁰. (Carr, 2009, p. 5). p.15.

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que las todas las personas con enfermedades discapacitantes físicas tales como la hidrocefalia, lesión medular, poliomielitis, tienen limitaciones para realizar sus actividades cotidianas, sin embargo aquellos con accidente cerebrovascular no estaban impedidos en su

⁶⁰ Carr, V. (2009). *Se trata de la Capacidad. Guía de aprendizaje acerca de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Estados Unidos: A World Enabled. Unicef.

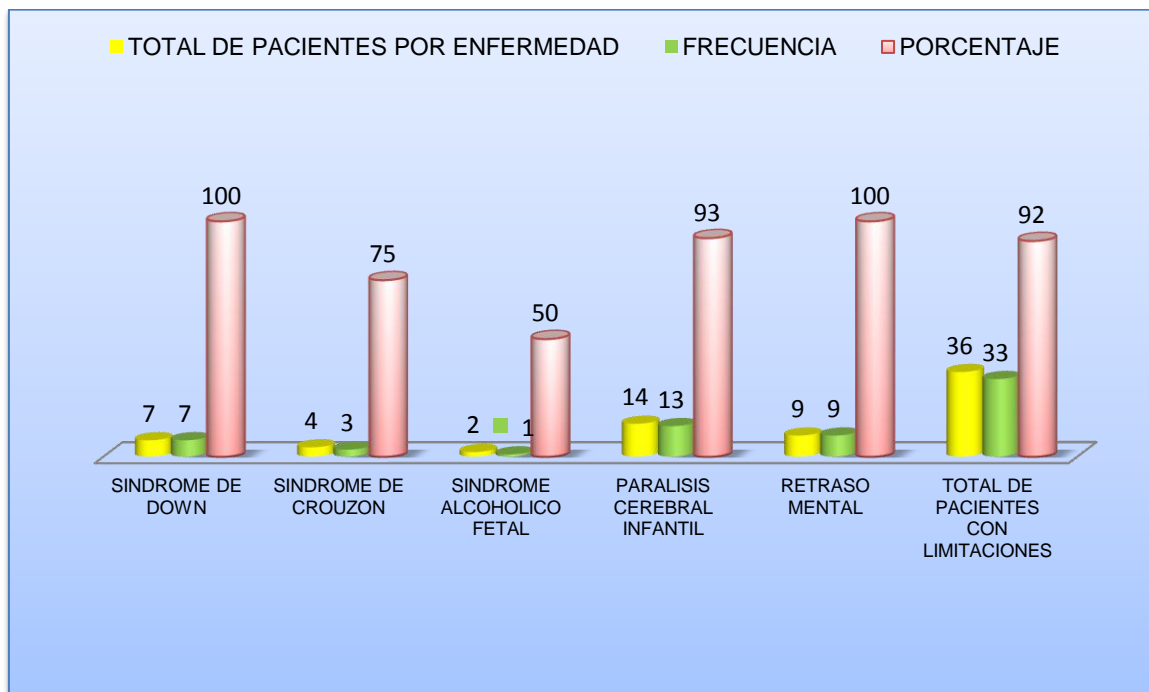
totalidad para desempeñarse en el medio social y se determina que se debe al grado de afectación física que puede tener el paciente.

CUADRO Nº 3

El tipo de discapacidad que tiene, ¿le dificulta para realizar actividades cotidianas?

TIPO DE ENFERMEDAD INTELLECTUAL	TOTAL DE PCTS POR ENFERMEDAD	F. DE PCTS. CON LIMITACIONES	PORCENTAJE
Síndrome de Down	7	7	100%
Síndrome de Crouzon	4	3	75%
S. Alcohólico fetal	2	1	50%
P. Cerebral infantil	14	13	93%
Retraso mental	9	9	100%
Total	36	33	92%

GRÁFICO Nº 3



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se puede evidenciar gracias a los resultados obtenidos que de las enfermedades discapacitantes intelectuales, 7 pacientes corresponden al 100% padecen síndrome de Down y están impedidos para realizar sus actividades, 4 con síndrome de Crouzon 3 que equivale al 75% están impedidos 2 personas con síndrome de alcohólico fetal 1 corresponde al 50% tiene limitaciones para desempeñar actividades diarias, 14 pacientes con PCI 13 que representa al 93% se encuentran imposibilitados, 9 corresponden al 100% de pacientes con retraso mental se encuentran impedidos para realizar sus actividades cotidianas y necesitan de ayuda. Según los datos obtenidos de 36 pacientes con discapacidades intelectuales, 33 que corresponde al 92% es el total de pacientes con limitaciones para la normal ejecución de sus actividades cotidianas.

Como lo argumenta Eulalia Bassedas “Las personas con discapacidad intelectual presentarán dificultades para aprender en grados diversos y también poseerán grados diferentes de capacidad de relación social y autonomía personal”⁶¹. (Bassedas, 2010, p. 24). p.32.

Es evidente que las enfermedades discapacitantes intelectuales que imposibilitan la ejecución de actividades cotidianas, el síndrome de Down, y pacientes con retraso mental, del grupo en estudio todos poseen limitaciones para realizar sus actividades diarias, sin embargo aquellos con Síndrome de Crouzon, Síndrome alcohólico fetal y Parálisis Cerebral Infantil en su mayoría presentan impedimento quedando unos cuantos pacientes fuera del grupo de personas con enfermedades discapacitantes intelectuales impedidos para desempeñarse en el medio social y se concluye que se debe al grado de afectación intelectual y del factor aprendizaje que pueda tener el paciente.

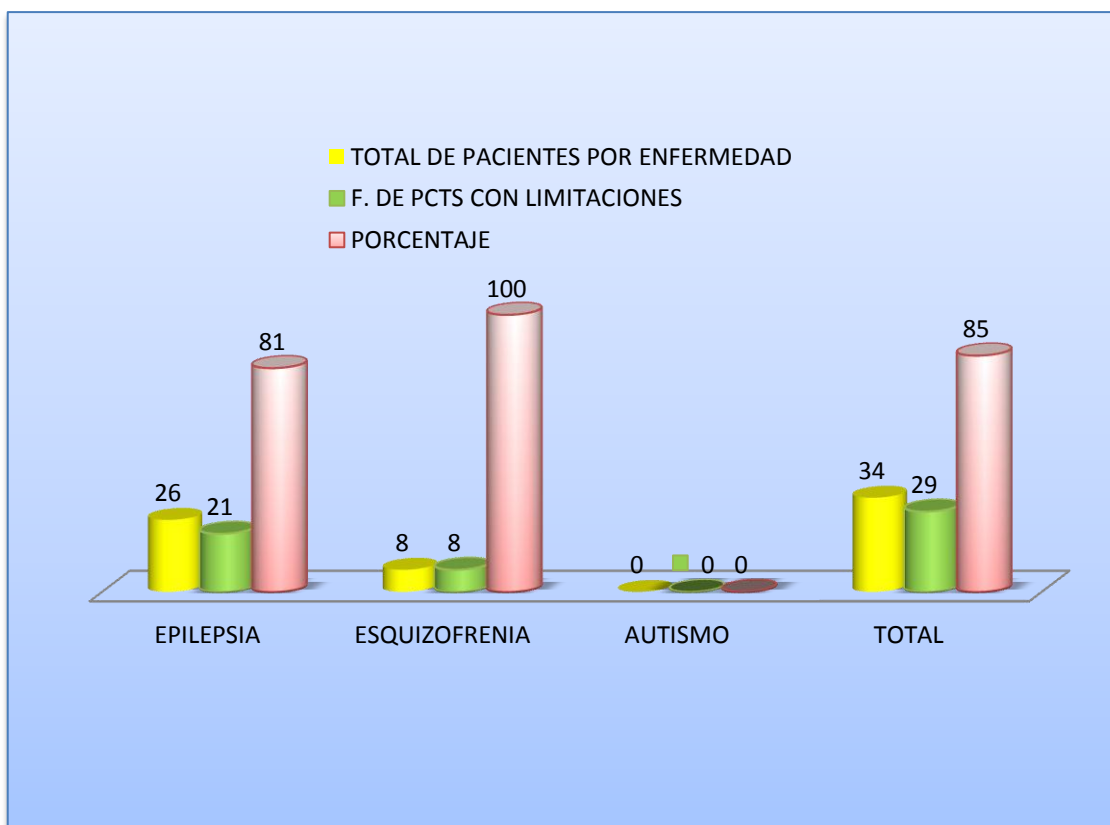
⁶¹ Bassedas, E. (2010). *Alumnado con discapacidad intelectual y retraso en el desarrollo*. España: Grao.

CUADRO N° 4

El tipo de discapacidad que tiene, ¿le dificulta para realizar actividades cotidianas?

TIPO DE ENFERMEDAD	TOTAL DE PCTS POR ENFERMEDAD	F. DE PCTS. CON LIMITACIONES	PORCENTAJE
Epilepsia	26	21	81
Esquizofrenia	8	8	100
Autismo	0	0	0
Total	34	29	85

GRÁFICO N° 4



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Aplicada la encuesta a familiares y personas con enfermedades discapacitantes neuropsicológicas, los resultados demuestran que 26 son epilépticos de los cuales 21 de éste grupo corresponde al 81% están impedidos para realizar sus actividades cotidianas y 8 personas que padecen de esquizofrenia corresponde al 100% se encuentran impedidos. Los resultados de éste cuadro determinan que de 34 pacientes con discapacidades neuropsicológicas, 29 personas corresponde al 85% es el total de pacientes con limitaciones, y se relaciona la enfermedad con la deficiencia, ésto es lo que determina el impedimento de llevar a cabo otras actividades cotidianas, un discapacitado no puede ser considerado como un enfermo ya que puede gozar de salud y vitalidad.

Por lo tanto Torres (2010) manifiesta que un discapacitado presenta “modificación del comportamiento, estilo de vida, modificando las posibilidades de acción en la vida diaria, como consecuencia de la deficiencia específica”⁶². (p. 15). p. 16.

Se concluye que del grupo con enfermedades discapacitantes neuropsicológicas en estudio, aquellos que presentan epilepsia en su totalidad tienen limitaciones para ejecución de sus actividades cotidianas, sin embargo no todos los que presentan esquizofrenia estaban impedidos para desempeñarse en el medio

⁶² Torres, M. A. (2010). *Recursos metodológicos en Educación Física con alumnos con discapacidad física y psíquica*. España: Pila Teleña.

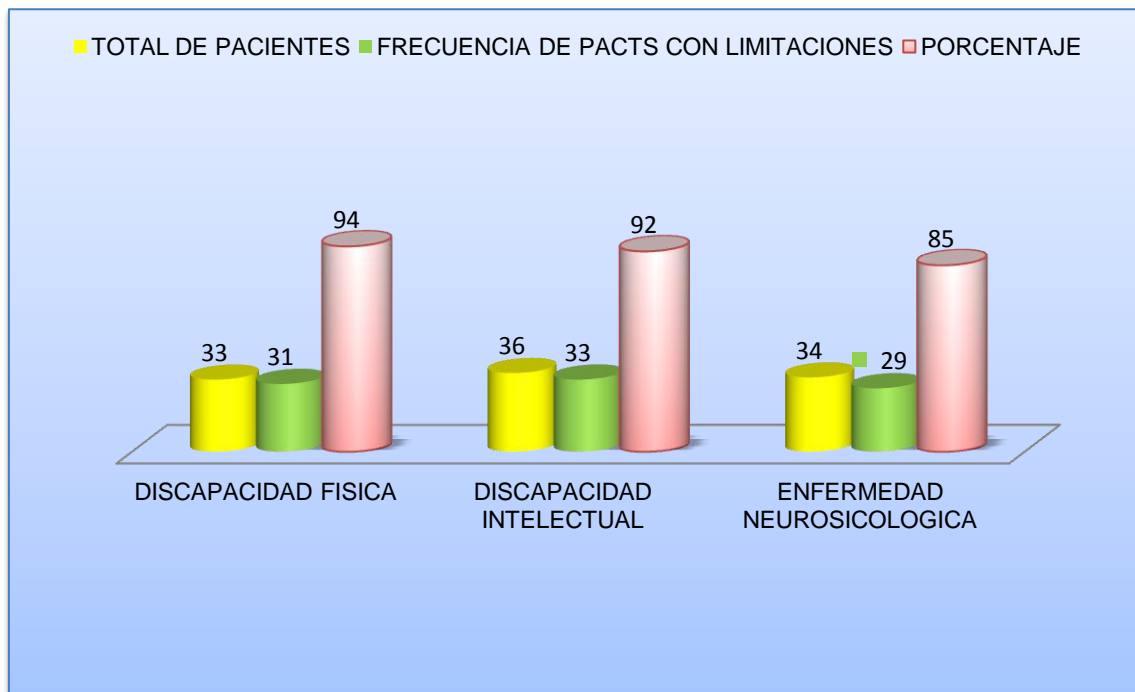
social y se determina que es debido al grado de afectación psicológica o episodio de agresividad que pueda desencadenar el paciente.

CUADRO Nº 5

El tipo de discapacidad que tiene, ¿le dificulta para realizar actividades cotidianas?

DISCAPACIDAD	TOTAL DE PACIENTES	F. DE PCTS. CON LIMITACIONES	PORCENTAJE
Discapacidad física	33	31	94%
Discapacidad intelectual	36	33	92%
Enf. neuropsicológica	34	29	85%
TOTAL	103	93	90%

GRÁFICO Nº 5



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en 103 encuestados, permiten establecer una comparación de prevalencia de la limitación de actividades cotidianas entre los grupos de pacientes con enfermedades discapacitantes, y se determinó que 36 personas con discapacidad intelectual 33 que equivale al 92% se encuentran impedidos; 33 personas, 31 con discapacidad física que corresponde al 94% son los que tienen dificultades para realizar su actividades cotidianas, 34 personas que padecen de enfermedades neuropsicológicas, 29 que corresponde al 85% padecen dificultades para realizar actividades diarias.

Esto se relaciona con lo que refiere Agustina Palacios en su obra y postuló que:

Definan a una persona con discapacidad como aquella cuya posibilidad de llevar una vida inclusiva en comunidad se encuentra limitada por el impacto del entorno físico, económico, social y cultural y de factores personales que surgen de condiciones físicas, sensoriales, psicosociales, neurológicas, médicas, intelectuales u otras, y que puedan ser permanentes, temporarias, intermitentes, percibidas o imputadas⁶³. (Palacios, 2008, p. 346). p.16.

Relacionando lo mencionado de forma crucial con los resultados obtenidos se puede evidenciar que de los tres grupos de enfermedades discapacitantes, los discapacitados físicos a pesar de ser un grupo minoritario es el que mayor impedimentos posee para llevar a cabo actividades cotidianas.

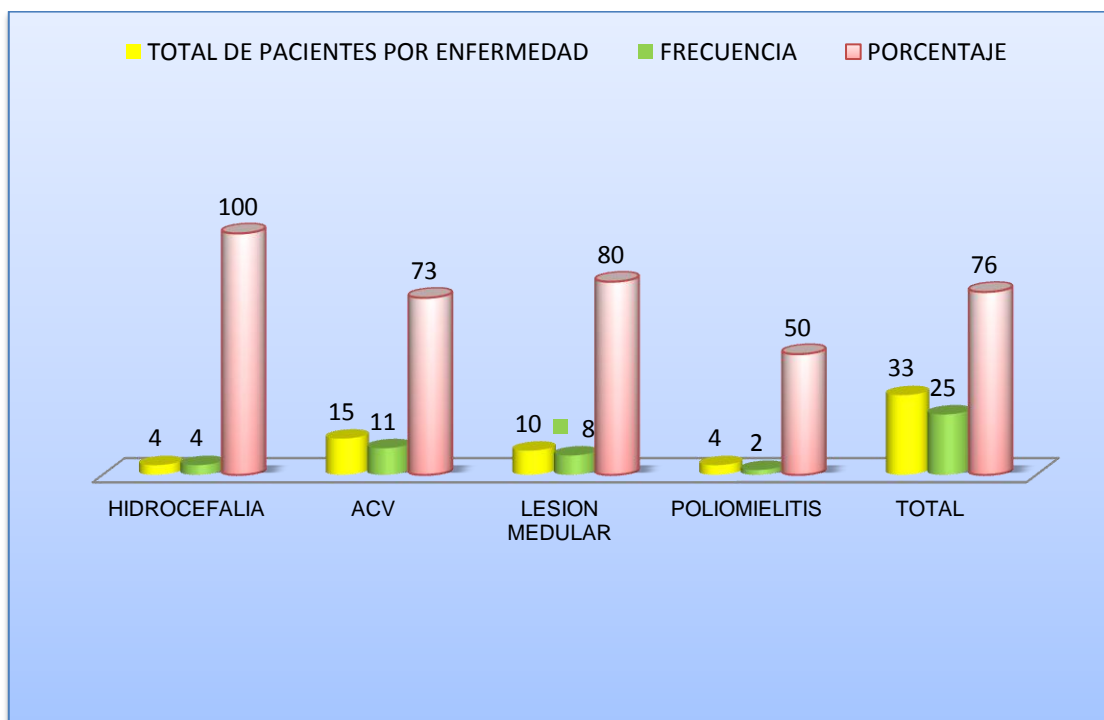
⁶³ Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid: Cinca. S.A.

CUADRO N° 6

La enfermedad discapacitante que tiene ¿le impide realizar su higiene bucal diaria?

ENFERMEDADES DISCAPACITANTES FISICAS QUE LIMITAN LA HIGIENE ORAL			
TIPO DE ENFERMEDAD	TOTAL DE PCTS POR ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hidrocefalia	4	4	100
ACV	15	11	73
Lesión medular	10	8	80
Poliomielitis	4	2	50
Total	33	25	76

GRÁFICO N° 6



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las encuestas demuestran que de los 33 pacientes que presentan discapacidad física 25 pacientes (que representa el 76%) manifestaron tener limitaciones en la realización de la higiene bucal. Entre las enfermedades que más prevalencia de limitaciones en la higiene bucal provocan se encuentran: la hidrocefalia con el 100% de pacientes y lesión medular con el 80%, las enfermedades que tienen menor influencia negativa en la higiene bucal son: ACV y poliomielitis con 73% y 50% correspondientemente.

Marulanda (2011) aclara que, “aunque estas personas tienen derecho a las mismas normas de salud que la población general, es evidente el mayor número de problemas orales, relacionados con la mayor dificultad que presentan para obtener un cuidado adecuado de su higiene oral”⁶⁴. p.20.

En concordancia con lo descrito anteriormente, la investigación realizada demuestra que la discapacidad física y principalmente los tipos de enfermedades que tengan los pacientes influyen directamente en la práctica de la higiene bucal diaria así como la correcta asistencia de los familiares en la higiene diaria incide en la conservación de la salud bucal.

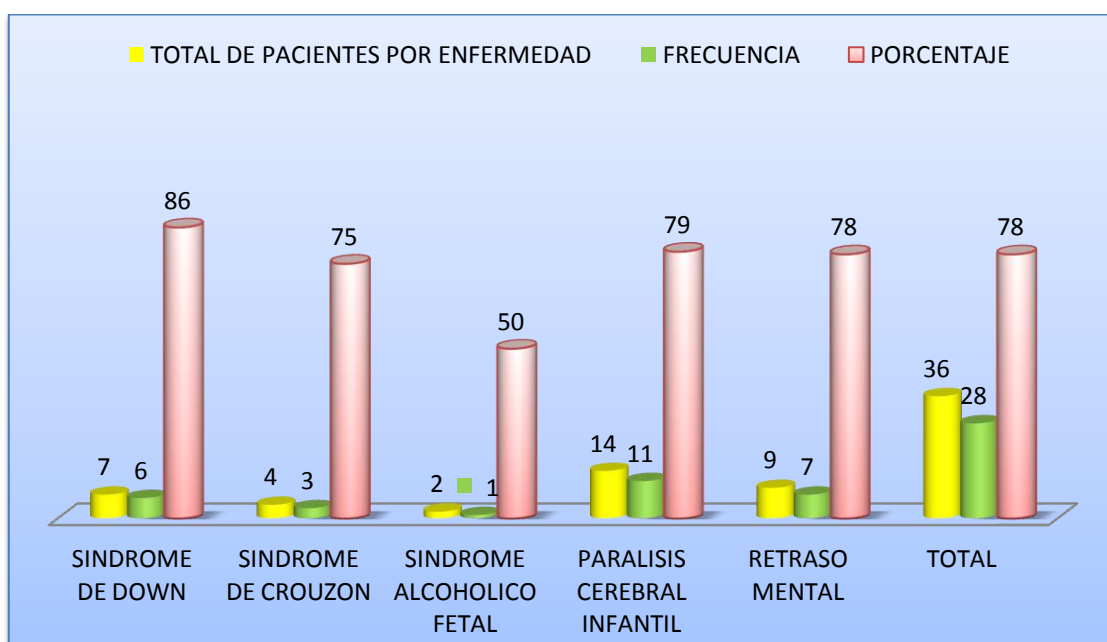
⁶⁴ Marulanda, J., Betancur, J., Espinosa, S., Gómez, J., & Tapias, A. (Mayo de 2011). Revista CES Odontología. Salud oral en discapacitados, 4(1)71-76. Recuperado de <https://www.google.com.ec/search?q=discapacidad%20fisica%20e%20higiene%20bucal&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a>

CUADRO N° 7

La enfermedad discapacitante que tiene ¿le impide realizar su higiene bucal diaria?

ENFERMEDADES DISCAPACITANTES INTELECTUALES QUE LIMITAN LA HIGIENE ORAL			
TIPO DE ENFERMEDAD	TOTAL DE PCTS POR ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Síndrome de Down	7	6	86
Síndrome de Crouzon	4	3	75
S. Alcohólico fetal	2	1	50
P. Cerebral infantil	14	11	79
Retraso mental	9	7	78
Total	36	28	78

GRÁFICO N° 7



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 36 pacientes que presentan enfermedades que causan discapacidades intelectuales 28 pacientes (que corresponde al 78%) dijeron tener limitaciones al realizar la higiene bucal. De los cuales las enfermedades que causan mayor limitaciones son: Síndrome de Down (86%), Parálisis cerebral infantil (79%) y Retraso mental (78%), por el contrario las enfermedades que producen menos limitaciones en la ejecución de la higiene bucal en los pacientes son: Síndrome de Crouzon (75%) y Síndrome alcohólico fetal (50%).

Boj (2011), nos explica:

A tal efecto, es muy importante, también la motivación de padres y cuidadores para que se involucren en el cuidado de éstos pacientes, ya que una actitud positiva se refleja en el cumplimiento de las pautas de la dieta y de las normas de higiene⁶⁵. (p. 632). p. 96.

Coincidiendo con lo descrito por Cahuaná el mantenimiento de la salud bucal de los pacientes es influenciada por el tipo de enfermedad discapacitante, su gravedad y el nivel de dependencia que los pacientes tengan, podemos decir que los pacientes con enfermedades que comprometen menos la capacidad mental pueden lograr una mayor independencia en cuanto a su limpieza bucal diaria porque podrían desarrollar mayores destrezas en sus actividades en comparación aquellos con enfermedades cuyo cuadro clínico es muy variado y sus capacidades mentales son muy disminuidas.

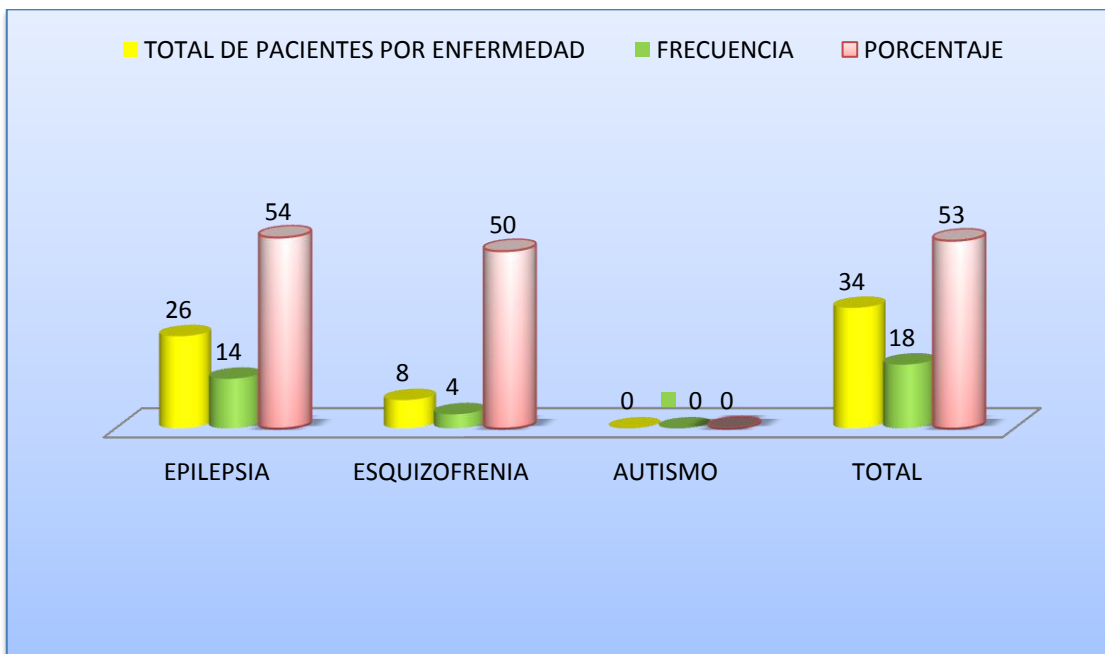
⁶⁵ Boj, J. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. Madrid: Editorial Ripano.

CUADRO N° 8

La enfermedad discapacitante que tiene ¿le impide realizar su higiene bucal diaria?

ENFERMEDADES DISCAPACITANTES NEUROPSICOLÓGICAS QUE LIMITAN LA HIGIENE ORAL			
TIPO DE ENFERMEDAD	TOTAL DE PCTS POR ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Epilepsia	26	14	54
Esquizofrenia	8	4	50
Autismo	0	0	0
Total	34	18	53

GRÁFICO N° 8



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De 34 pacientes que padecen enfermedades neuropsicológicas 18 pacientes (53%) manifestaron tener limitaciones en la higiene bucal diaria y que reciben asistencia por parte de sus familiares. De las enfermedades mencionada: las personas que tienen esquizofrenia tuvieron un porcentaje de 54% de limitaciones, con similares valores la epilepsia tuvo un 50% de frecuencia en cuanto a las dificultades o limitaciones para la higiene bucal.

Los pacientes en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, de lo contrario pueden desarrollar fácilmente enfermedades orales las cuales producen dolor, disfunción, incomodidad y la necesidad de tratamientos largos, costosos y de dudable pronóstico⁶⁶. (Marulanda, Betancur, Espinosa, Gómez, & Tapias, 2011, p. 72). p. 33.

Gracias al estudio de campo en la población se pudo determinar que el índice de pacientes que diariamente presentan dificultades al realizar su aseo bucal no es muy elevado, existe un balance entre el grupo que si tiene dificultades y el grupo de pacientes que son autosuficientes en ésta actividad, probablemente se debe a que las enfermedades neuropsicológicas mencionadas a pesar de ser altamente discapacitantes tienen períodos de tiempo en que la enfermedad se manifiesta de forma más aguda, es decir son enfermedades temporarias e intermitentes que también tienen etapas en las que el paciente goza de aparente normalidad y cuyas actividades diarias no se ven afectadas por la enfermedad.

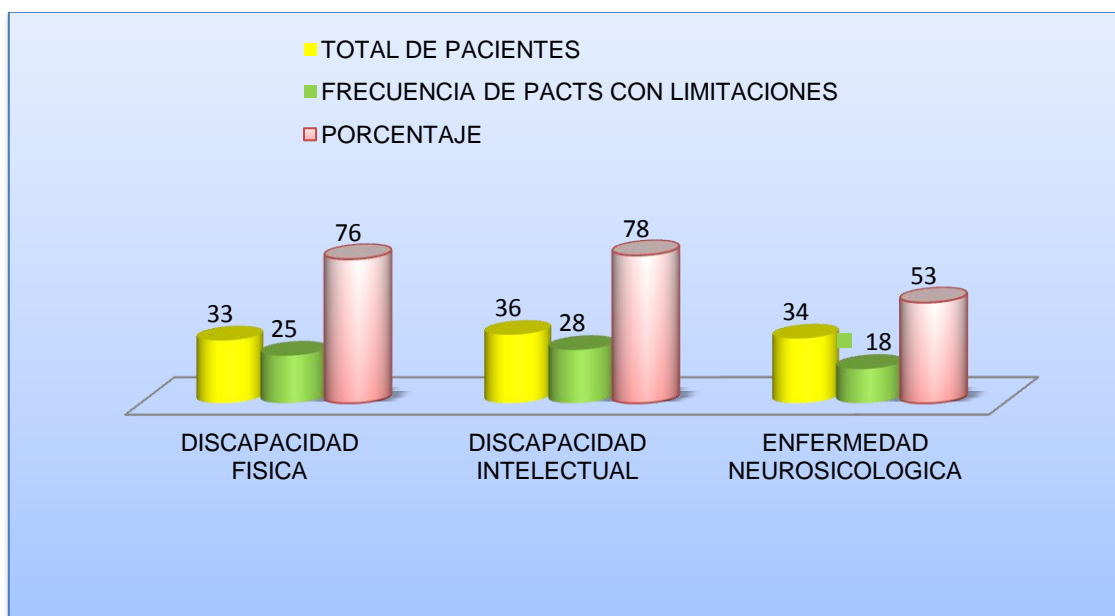
⁶⁶ Marulanda, J., Betancur, J., Espinosa, S., Gómez, J., & Tapias, A. (Mayo de 2011). *Salud oral en discapacitados*. Revista CES Odontología, 4(1)71-76. Recuperado de <https://www.google.com.ec/search?q=discapacidad%20fisica%20e%20higiene%20bucal&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a>

CUADRO N° 9

La enfermedad discapacitante que tiene ¿le impide realizar su higiene bucal diaria?

DISCAPACIDAD QUE MÁS LIMITACIÓN CAUSA PARA REALIZAR LA HIGIENE ORAL			
DISCAPACIDAD	TOTAL DE PACIENTES	F. DE PACTS CON LIMITACIONES	PORCENTAJE
Discapacidad física	33	25	76
Discapacidad intelectual	36	28	78
Enf. neuropsicológica	34	18	53
Total	103	71	69

GRÁFICO N° 9



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
 Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las enfermedades al haberlas agrupado por tipo de discapacidad nos permitió saber que el conjunto mayoritario de personas con dificultades en la realización del aseo bucal diario son aquellos con discapacidad intelectual con 78%, seguido del grupo de pacientes con discapacidad física 76% y por último el grupo de pacientes cuyo índice es menor 53% que corresponde a las enfermedades neuropsicológicas.

Boj (2011) dice que: “es importante tener en cuenta el tipo y grado de discapacidad de cada niño en particular, ya que repercute directamente sobre el estado de higiene oral y la capacidad de comunicarse y cooperar”⁶⁷. (p.637). p. 92.

Estos datos evidencian claramente que los pacientes con enfermedades discapacitantes constantemente presentan desventajas en cuanto al desempeño de su limpieza bucal diaria aspecto importante para mantener un estado de salud aceptable, y que ciertas dificultades que se presenten al realizar su cepillado repercuten de forma negativa en su salud. Además su condición de discapacidad limita la correcta comunicación con las personas encargadas de su cuidado y atención diaria, de cierta manera también se ve afectado en el paciente el nivel de aceptación de medidas preventivas y de rehabilitación bucal.

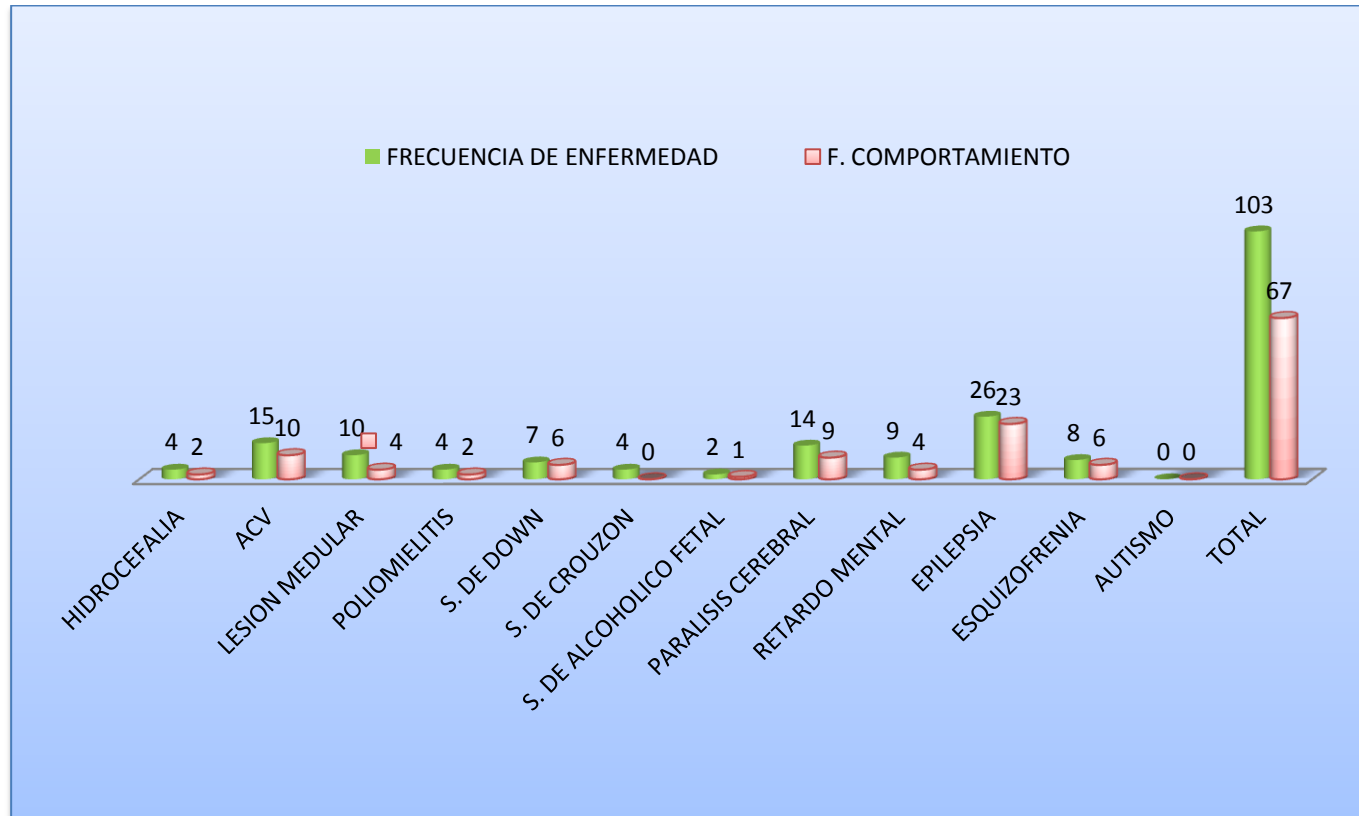
⁶⁷ Boj, J. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. (p.637). Madrid: Editorial Ripano.

CUADRO N° 10

¿El paciente tiene o ha tenido algún comportamiento agresivo compulsivo consigo mismo o con los demás?

COMPORTAMIENTO AGRESIVO COMPULSIVO DE ACUERDO A LA ENFERMEDAD		
TIPOS DE ENFERMEDADES	F. DE ENFERMEDAD	F. DE COMPORTAMIENTO
Hidrocefalia	4	2
ACV	15	10
Lesión medular	10	4
Poliomielitis	4	2
S. de Down	7	6
S. de Crouzon	4	0
S. de Alcohólico fetal	2	1
Parálisis cerebral	14	9
Retardo mental	9	4
Epilepsia	26	23
Esquizofrenia	8	6
Autismo	0	0
TOTAL	103	67

GRÁFICO N° 10



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.

Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100% de la población que constituyen 103 personas con enfermedades discapacitantes, 67 personas discapacitadas corresponde al 65% han tenido un comportamiento agresivo compulsivo consigo mismo y con los demás, el 35% restante corresponde a 36 personas que no han tenido algún comportamiento agresivo compulsivo. Se determinó la frecuencia de comportamiento agresivo compulsivo por enfermedad, distribuyéndose de la siguiente manera: 2 pacientes con hidrocefalia, 10 pacientes con ACV, 4 pacientes con lesión medular, 2 pacientes con poliomielitis, 6 pacientes con síndrome de Down, 1 paciente con síndrome de alcoholístico fetal, 9 pacientes con parálisis cerebral infantil, 4 pacientes con retardo mental, 23 pacientes con epilepsia, 6 pacientes con esquizofrenia, y aquellos pacientes con síndrome de Crozon ninguno presenta problemas con el comportamiento.

Como bien dice Villar (2009) que “las situaciones que más desconciertan y que más difíciles son de manejar para los cuidadores son los comportamientos agresivos, que en ocasiones implican un maltrato verbal y físico dirigido hacia el propio cuidador”⁶⁸. p.91.

Corroborando lo descrito por Feliciano se concluye a través de los resultados de esta investigación que los pacientes con enfermedades discapacitantes en su mayoría presentan o han tenido un comportamiento agresivo compulsivo

⁶⁸ Villar, F. (2009). *Discapacidad dependencia y autonomía en la vejez*. España: Aresta SC.

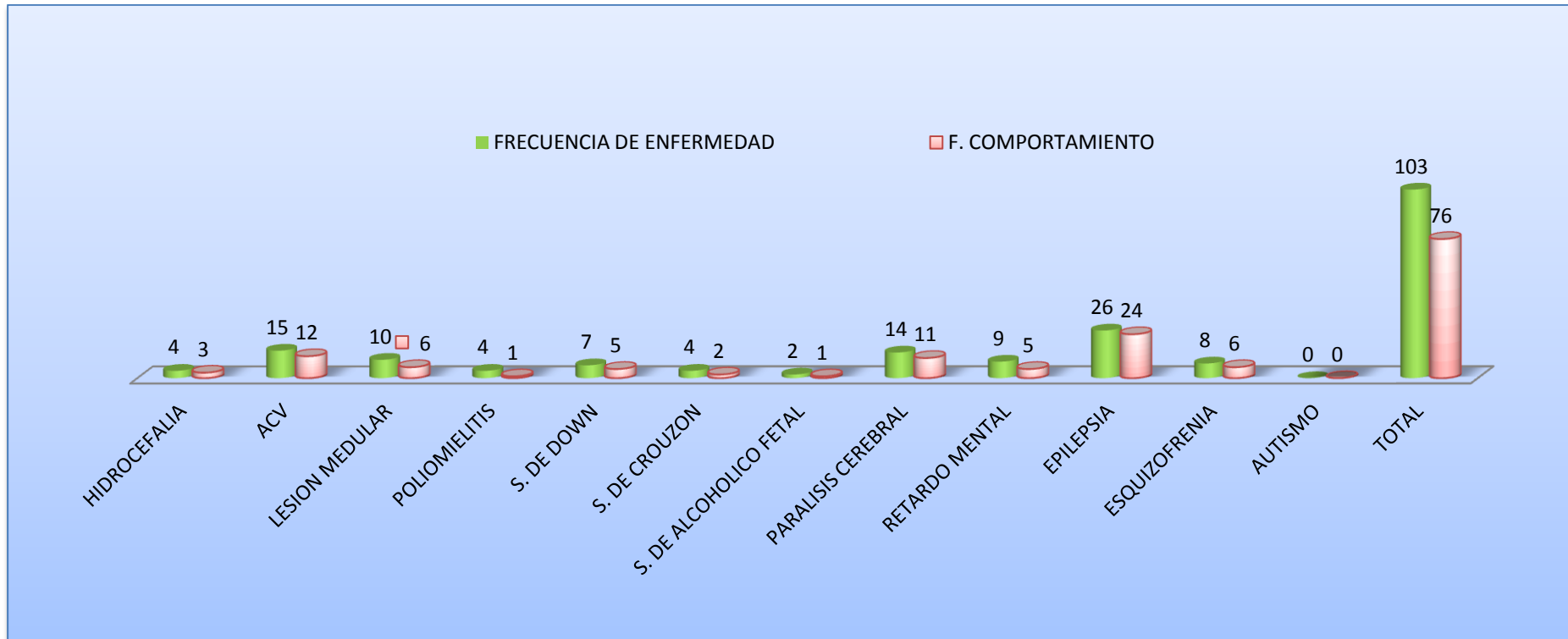
consigo mismo y con las personas de su entorno e incluso hacia sus cuidadores y personas que le asisten.

CUADRO N° 11

¿El comportamiento agresivo y convulsivo del paciente durante la enfermedad discapacitante le ha provocado u ocasionado lesiones en la boca?

COMPORTAMIENTO AGRESIVO CONVULSIVO QUE PROVOCA LESIONES EN BOCA		
TIPOS DE ENFERMEDADES	F. DE ENFERMEDAD	F. DE COMPORTAMIENTO
Hidrocefalia	4	3
ACV	15	12
Lesión medular	10	6
Poliomielitis	4	1
S. de Down	7	5
S. de Crouzon	4	2
S. de Alcohólico fetal	2	1
Parálisis cerebral	14	11
Retardo mental	9	5
Epilepsia	26	24
Esquizofrenia	8	6
Autismo	0	0
TOTAL	103	76

GRÁFICO N° 11



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados demuestran que 103 personas representan el 100% de la población con enfermedades discapacitantes, 76 (73%) si han tenido un comportamiento agresivo convulsivo que les ocasionó lesiones en boca, y los 27 pacientes (27%) restantes no han manifestado algún comportamiento que le provoque problemas bucales. Se detalla a continuación la frecuencia de pacientes con enfermedades discapacitantes que presentan un comportamiento agresivo convulsivo: hidrocefalia, 3 pacientes; ACV, 12 pacientes; lesión medular, 6 pacientes; poliomielitis, 1 paciente; síndrome de Down, 5 pacientes; síndrome de Crouzon, 2 pacientes; síndrome de alcoholístico fetal, 1 paciente; parálisis cerebral, 11 pacientes; retardo mental, 5 pacientes; epilepsia, 24 pacientes; esquizofrenia, 6 pacientes.

Caraballo & Fejerman (2009) menciona que éste trastorno conlleva “a sufrir crisis epilépticas y consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales secundarias a ésta enfermedad”⁶⁹. (p. 1). p.51.

Coincidiendo con lo descrito por Caraballo se concluye a través de los resultados de esta investigación que los pacientes discapacitados en general especialmente los que presentan episodios agresivos y convulsivos en su mayoría se han ocasionado lesiones bucales.

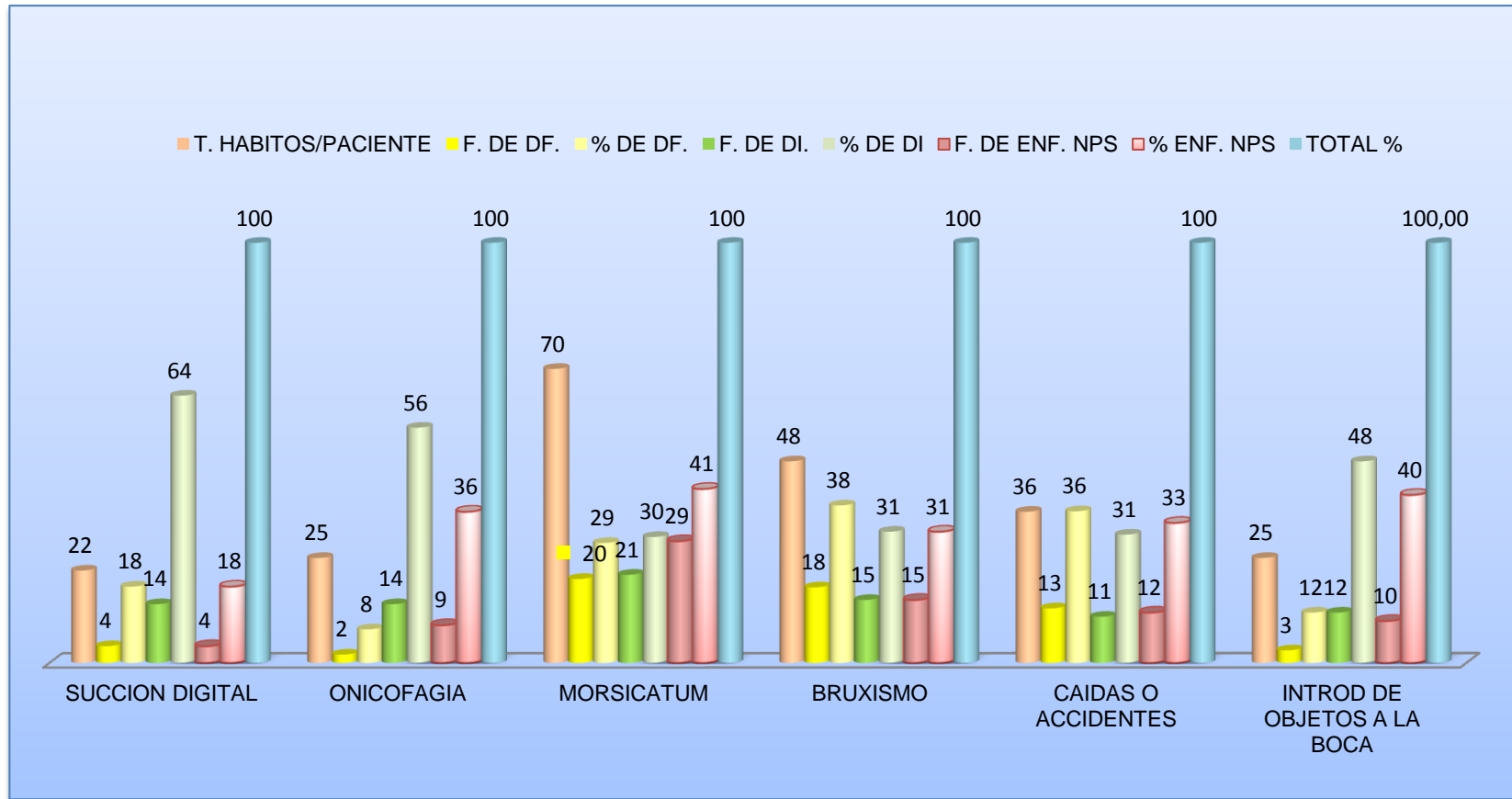
⁶⁹ Caraballo, R., & Fejerman, N. (2009). *Tratamiento de las epilepsias: Definición*. Buenos Aires-Argentina: Panamericana.

CUADRO N° 12

Hábitos o causas de lesiones bucales de acuerdo a la discapacidad física, intelectual o enfermedad neuropsicológica

HÁBITOS O CAUSAS	TOTAL HABITOS/PACIENTE	DISCAPACIDAD FÍSICA		DISCAPACIDAD INTELLECTUAL		ENFERMEDADES NEUROPSICOLÓGICAS		TOTAL %
		F.	%	F.	%	F.	%	
Succión digital	22	4	18%	14	64%	4	18%	100%
Onicofagia	25	2	8%	14	56%	9	36%	100%
Morsicatum	70	20	29%	21	30%	29	41%	100%
Bruxismo	48	18	38%	15	31%	15	31%	100%
Caídas o accidentes	36	13	36%	11	31%	12	33%	100%
Introducción de obj. A la boca	25	3	1%	12	48%	10	40%	100%

GRÁFICO N° 12



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.

Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los grupos de enfermedades discapacitantes en los que se determinó la prevalencia del hábito o causa de las lesiones bucales autoinducidas gracias a los resultados se logra establecer que 22 pacientes registraron el hábito de succión digital de los cuales 4 (18%) corresponde a discapacitados físicos, 14 (64%) discapacitados intelectuales, 4 (18%) corresponden a personas con enfermedades neuropsicológicas. El morsicatum fue evidente en 70 pacientes de los 20 (29%) eran discapacitados físicos, 21 (30%) eran discapacitados intelectuales, 29 (41%) corresponde a personas con enfermedades neuropsicológicas. 48 personas con enfermedades discapacitantes presentaron bruxismo distribuidos el 18 (38%) eran personas con discapacidad física, 15 (31%) discapacitados intelectuales, 15 (31%) corresponde a personas con trastornos neuropsicológicos. 36 pacientes presentaron caídas o accidentes, 13 (38%) corresponde a discapacitados físicos, 11 (31%) eran discapacitados intelectuales, 12 (13%) corresponde a personas con trastornos neuropsicológicos.

En su obra Bordoni (2010), cita que:

Maury Massler (1983) refiere que a diferentes edades el hombre expresa sus sentimientos y sus tensiones a través de diversos movimientos musculares y acciones. Estos sentimientos y reacciones pueden ser conscientes y ocurrir ocasionalmente en respuesta a una situación específica. Sin embargo cuando la acción es repetida una y otra vez se convierte en un hábito y esto refleja sentimiento inconsciente⁷⁰. (p. 657). p.71.

⁷⁰ Bordoni, N. et al. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Argentina: Panamericana.

Por medio de los resultados durante la obtención de información de hábitos bucales en los discapacitados se puede apreciar que los pacientes incapacitados intelectuales están constantemente expuestos a padecer hábitos bucales y los que prevalecen son: morsicatum, bruxismo, caídas o accidentes. Los hábitos menos prevalentes: succión digital, onicofagia, e introducción de objetos extraños a la boca.

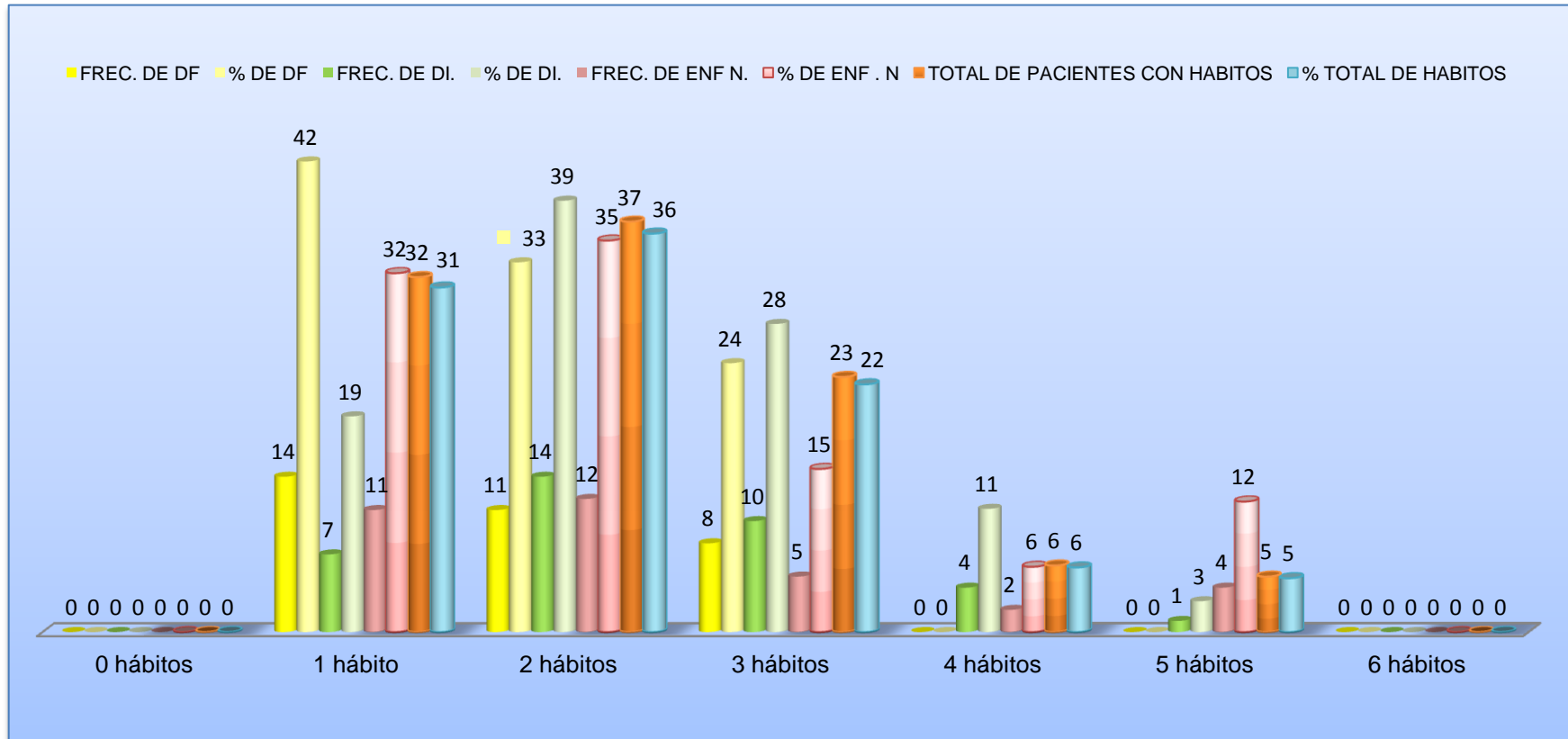
El hábito de succión digital y onicofagia predominó en los discapacitados intelectuales sobre los discapacitados físicos y en personas con enfermedades neuropsicológicas. El morsicatum fue evidente en personas con enfermedades neuropsicológicas, pesar de que son enfermedades de período temporario e intermitentes, las laceraciones por mordeduras se deben al comportamiento agresivo convulsivo de estos pacientes. En los incapacitados físicos predominó el bruxismo, las caídas o accidentes en relación a los que padecen discapacidad intelectual y trastornos neuropsicológicos, y siendo frecuente la introducción de objetos a la boca en los discapacitados intelectuales.

CUADRO Nº 13

Índice de hábitos por discapacidades

INDICE DE HÁBITOS POR DISCAPACIDADES								
NÚMERO DE HÁBITOS POR DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD FÍSICA		DISCAPACIDAD INTELLECTUAL		ENF. NEUROPSICOLÓGICA		TOTAL DE PACIENTES CON HÁBITOS	% TOTAL DE HÁBITOS
	F. DE DF.	% DE DF.	F. DE DI.	% DE DI.	F. DE ENF NPS.	% DE ENF. NPS.		
0 hábitos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
1 hábito	14	42%	7	19%	11	32%	30	29%
2 hábitos	11	33%	14	39%	12	35%	40	39%
3 hábitos	8	24%	10	28%	5	15%	21	20%
4 hábitos	0	0%	4	11%	2	6%	7	7%
5 hábitos	0	0%	1	3%	4	12%	5	5%
6 hábitos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	33	100%	36	100%	34	100%	103	100%

GRÁFICO Nº 13



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
 Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados que se obtuvieron en las 103 encuestas de acuerdo al índice de hábitos, al encasillarla según la enfermedad discapacitante reflejaron que 0 hábitos presentaron los tres grupos, 1 hábito fue frecuente en: 13 (39%) discapacitados físicos, 7 (19%) discapacitados intelectuales, 10 (29%) enfermedades neuropsicológicas. 2 hábitos registraron 13 (39%) discapacitados físicos, 14 (39%) discapacitados intelectuales, 13 (38%) con enfermedades neuropsicológicas. 3 hábitos presentaron 7 (21%) discapacitados físicos, 9 (25%) discapacitados intelectuales y 5 (15%) pacientes con enfermedades neuropsicológicas. 4 hábitos fue frecuente en 5 (14%) discapacitados intelectuales, 2 (6%) con enfermedades neuropsicológicas y los discapacitados intelectuales no registraron esta incidencia en hábitos. 5 hábitos registraron 4 (12%) personas con enfermedades neuropsicológicas, y 1 (3%) discapacitado intelectual, las personas con discapacidad física no presentaron un aumento en la prevalencia de hábitos. En los tres grupos de enfermedades discapacitantes no se registraron 6 hábitos.

Como bien dice Nahas (2009) puede ser considerado por los psicólogos como la "imposibilidad de expresar sentimientos de ansiedad, rabia o agresividad"⁷¹. (p. 566). p.75.

Los resultados obtenidos de las encuestas nos indican claramente que el número de hábitos bucales varían un poco entre una discapacidad u otra, el número de

⁷¹ Nahas, M. et al. (2009). *Odontopediatría de la primera infancia*. (p. 566). Sao Paulo: Santos.

hábitos que se presenta con mayor frecuencia en los tres grupos de discapacitados (físicos, intelectuales y con enfermedades neuropsicológicas) es del 1 al 6, predominó los pacientes con enfermedades físicas y enfermedades neuropsicológicas sobre los intelectuales en 1 hábito, mientras que los discapacitados intelectuales predominó en 2, 3, 4 hábitos, por último el grupo de los pacientes con enfermedades neuropsicológicas predominó en 5 hábitos sobre el grupo de personas con trastornos neuropsicológicos en 4 hábitos autolesivos. Existe un predominio en la opción de 5 hábitos autolesivos en los pacientes con enfermedades neuropsicológicas sobre los discapacitados intelectuales.

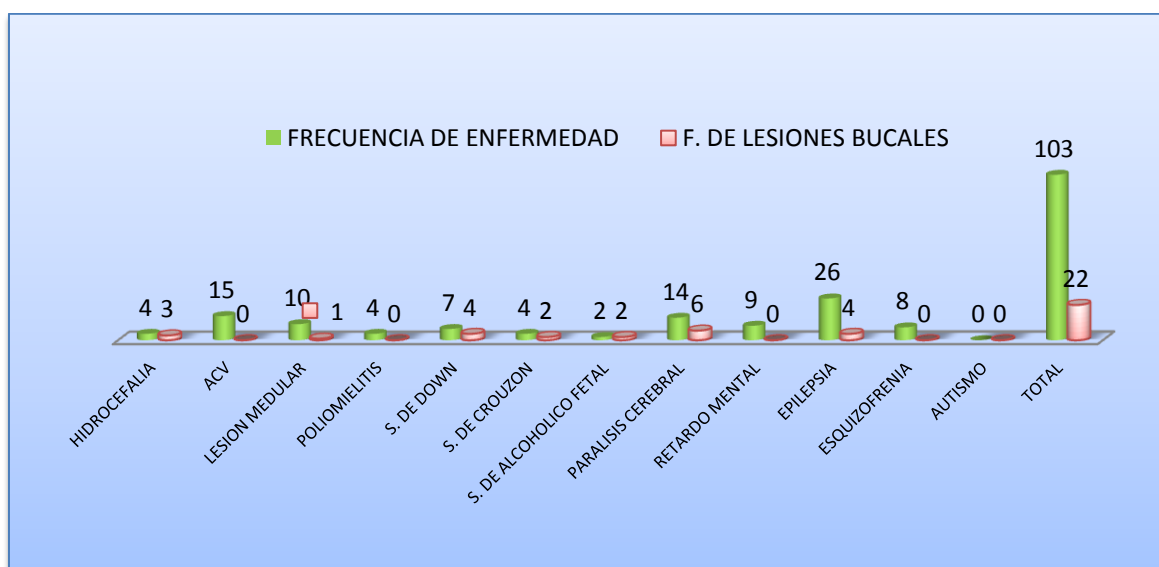
En conclusión los discapacitados físicos predominaron sobre las personas con enfermedades neuropsicológicas. Los discapacitados intelectuales por ser el grupo que mayor porcentaje de hábitos tuvieron, persiste en las opciones “2, 3, 4 hábitos” a diferencia de los discapacitados físicos que solo lo superaron en la opciones de “1 hábito”. Este resultado corrobora una vez más que los pacientes con enfermedades discapacitantes intelectuales presentan frecuentemente múltiples hábitos bucales e incluso tener 1 o más a la vez.

CUADRO N° 14

Lesiones en la boca por succión digital

INDICE DE PACIENTES CON LESIONES BUCALES POR SUCCIÓN DIGITAL		
TIPOS DE ENFERMEDADES	F. DE ENFERMEDAD	F. DE LESIONES BUCALES
Hidrocefalia	4	3
ACV	15	0
Lesión medular	10	1
Poliomielitis	4	0
S. de Down	7	4
S. de Crouzon	4	2
S. de alcohólico fetal	2	2
Parálisis cerebral	14	6
Retardo mental	9	0
Epilepsia	26	4
Esquizofrenia	8	0
Autismo	0	0
TOTAL	103	22

GRÁFICO N° 14



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De 103 personas con enfermedades discapacitantes se establece la frecuencia de las lesiones por succión digital y se distribuyen de acuerdo a cada enfermedad de la siguiente forma: hidrocefalia: 3 pacientes, ACV: 0 pacientes, lesión medular: 1 paciente, poliomielitis: 0 pacientes, síndrome de Down: 4 pacientes, síndrome de Crouzon: 2 pacientes, síndrome alcohólico fetal: 2 pacientes, parálisis cerebral infantil: 6 pacientes, retardo mental: 0 pacientes, epilepsia: 4 pacientes, esquizofrenia: 0 pacientes, autismo: 0 pacientes.

Restrepo (2009), refiere que:

La etiología de la succión digital es multifactorial e incluye factores genéticos y ambientales. Entre estos se presenta la perpetuación de un reflejo de succión no resuelto. La succión del pulgar está muchas veces relacionada con la adherencia a otro tipo de objetos, como la cobija y los peluches y con la ausencia de un adecuado proceso de lactancia. También ha sido asociada con otro tipo de síndromes⁷². (p. 68). p.72.

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron se deduce que los pacientes a pesar de la enfermedad discapacitante presentaron un porcentaje menor con el hábito de succión digital sin embargo, en los pocos pacientes que poseen éste hábito autolesivo se ha podido evidenciar las condiciones deplorables de la cavidad oral .

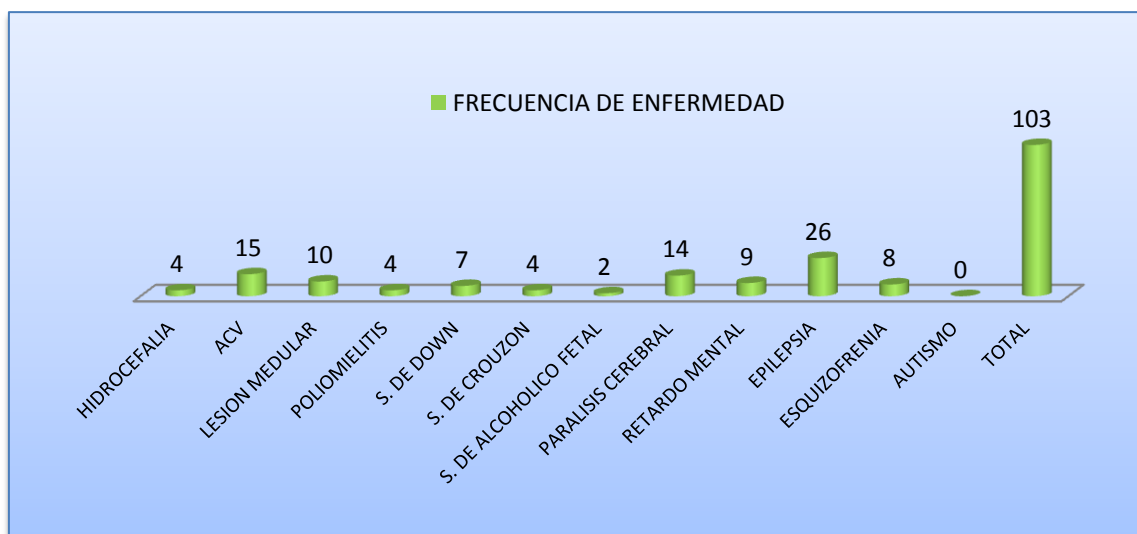
⁷² Restrepo, C. (Octubre de 2009). *Succión digital*. Revista CES Odontología No. 2. Recuperado de revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/269/619

CUADRO N° 15

Lesiones en la boca por onicofagia

INDICE DE PACIENTES CON LESIONES BUCALES POR ONICOFAGIA		
TIPOS DE ENFERMEDADES	F. DE ENFERMEDAD	F. DE LESIONES BUCALES
Hidrocefalia	4	0
ACV	15	1
Lesión medular	10	0
Poliomielitis	4	1
S. de Down	7	5
S. de Crouzon	4	0
S. de alcohólico fetal	2	2
Parálisis cerebral	14	4
Retardo mental	9	3
Epilepsia	26	7
Esquizofrenia	8	2
Autismo	0	0
TOTAL	103	25

GRÁFICO N° 15



Fuente: Encuestas aplicadas a los familiares de pacientes y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico
 Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 103 pacientes encuestados se determinó que 25 pacientes que corresponden al 24% presentaban frecuentemente lesiones bucales debido al hábito “onicofagia” y 78 pacientes que corresponden al 76% no lo manifestaban. El número de pacientes cuyas lesiones bucales se dan por onicofagia se distribuye de la siguiente forma de acuerdo a la enfermedad discapacitante: hidrocefalia: 0 pacientes, ACV: 1 paciente, lesión medular: 0 pacientes, poliomielitis: 1 paciente, síndrome de Down: 5 pacientes, síndrome de Crouzon: 0 pacientes, síndrome alcohólico fetal: 2 pacientes, parálisis cerebral infantil: 4 pacientes, retardo mental: 3 pacientes, epilepsia: 7 pacientes, esquizofrenia: 2 pacientes, autismo: 0 pacientes.

Lo que se relaciona con lo que Guedes, Bonecker, & Martins, (2011), describen:

Las principales complicaciones son: heridas de la cutícula, y sangrado en los bordes de las uñas, deformidades en los dedos, infecciones por hongos o bacterias, reabsorciones radiculares, fracturas en los bordes de los dientes y lesiones en la encía. Baydas et al. Observaron relación positiva significativa entre la prevalencia de Enterobacteriaceae totales y Echerichia coli en la saliva de individuos que roen uñas crónicamente⁷³. (p. 375). p. 74.

Los resultados obtenidos de las encuestas nos indican claramente que el porcentaje de individuos que ejecutan el hábito autolesivo “onicofagia” es menor en relación al grupo que no lo manifiesta, sin embargo, los pacientes que si practican éste hábito autolesivo lo realizan a tal punto de presentar lesiones bucales con mucha frecuencia. En las enfermedades que más se dan lesiones

⁷³ Guedes, A., Bonecker, M., & Martins, C. (2011) *Fundamentos de Odontología. Odontopediatría*. Sao Paulo: Santos Editora.

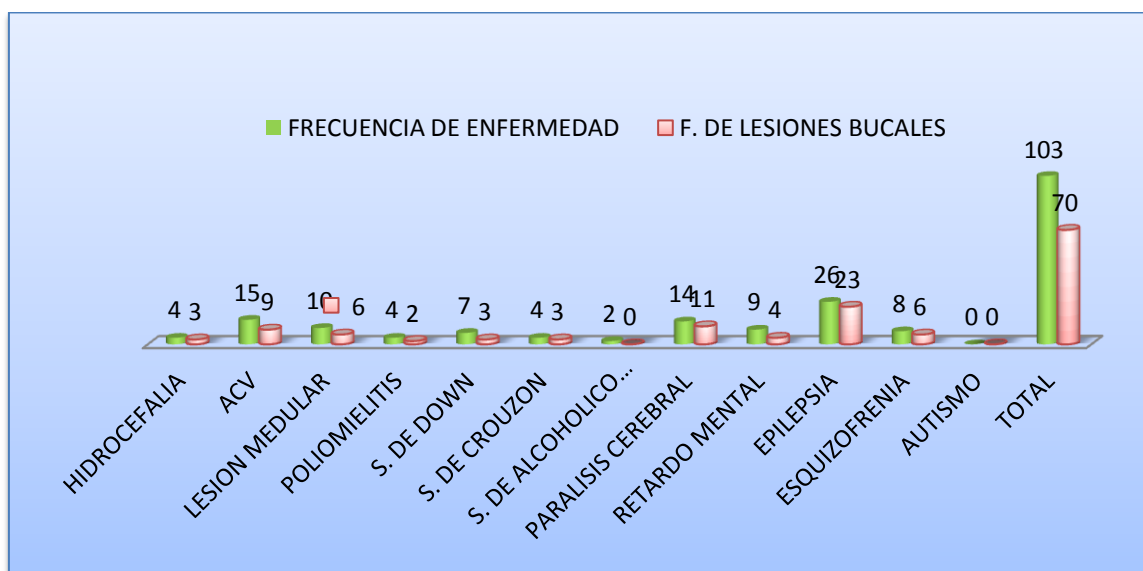
por este hábito son: Síndrome de Down, Síndrome alcohólico fetal, Retardo mental, y Epilepsia, probablemente por el déficit intelectual y problemas neuropsicológicos de los pacientes especialmente niños.

CUADRO N° 16

Lesiones en la boca por mordeduras o morsicatum

INDICE DE PACIENTES CON LESIONES BUCALES POR MORSICATUM		
TIPOS DE ENFERMEDADES	F. DE ENFERMEDAD	F. DE LESIONES BUCALES
Hidrocefalia	4	3
ACV	15	9
Lesión medular	10	6
Poliomielitis	4	2
S. de Down	7	3
S. de Crouzon	4	3
S. de alcohólico fetal	2	0
Parálisis cerebral	14	11
Retardo mental	9	4
Epilepsia	26	23
Esquizofrenia	8	6
Autismo	0	0
TOTAL	103	70

GRÁFICO N° 16



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 103 pacientes encuestados 68 manifestaron tener lesiones por morsicatum, a continuación la clasificación por enfermedades: hidrocefalia: 3, ACV: 7, lesión medular: 5, poliomielitis: 3, síndrome de Down: 3, síndrome de Crouzon: 3, síndrome alcohólico fetal: 0, parálisis cerebral: 12, retardo mental: 4, epilepsia: 22, esquizofrenia: 6, autismo: 0.

Jiménez (2009) menciona que el “morsicatum bucarum es una de las tres lesiones más frecuentemente encontradas, junto con lengua saburral y pigmentación racial, siendo el dorso de la lengua, mucosa yugal y labios las localizaciones más frecuentes.”⁷⁴. p.81.

Los resultados obtenidos de las encuestas nos indican claramente que el porcentaje de individuos que ejecutan el hábito autolesivo “morsicatum” es mayor en relación al grupo que no lo manifiesta, los pacientes que si practican este hábito autolesivo lo realizan a tal punto de presentar lesiones con mucha frecuencia en tres zonas anatómicas de la boca como son: labios, lengua y carrillos, éste resultado corrobora una vez más que los pacientes con enfermedades discapacitantes si presentan lesiones bucales autoinfligidas. Los grupos que predominan son: Hidrocefalia, Poliomielitis, Síndrome de crouzon, Parálisis cerebral infantil, Epilepsia y Esquizofrenia.

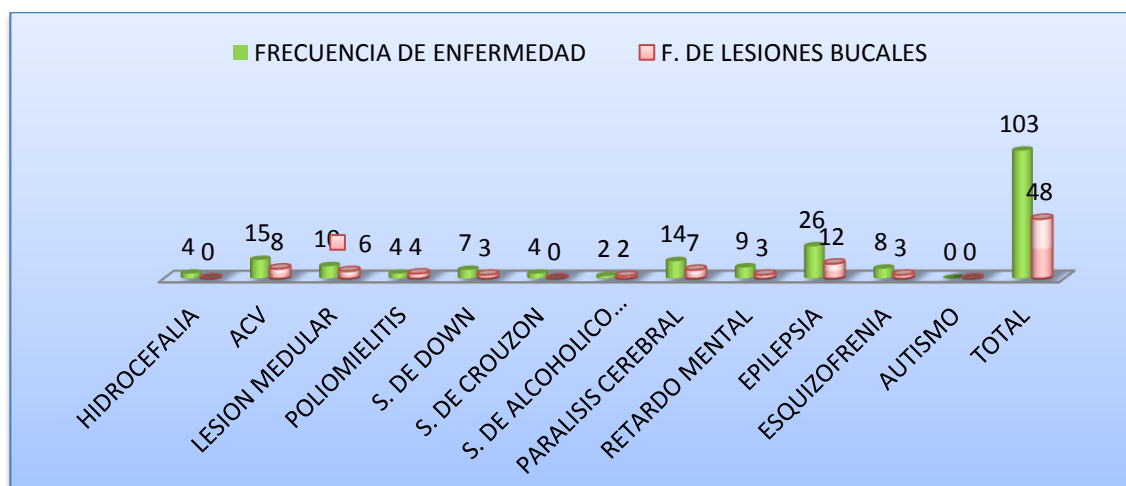
⁷⁴ Jiménez, C. (2009). *Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales*. Recuperado de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art17.asp>

CUADRO N° 17

Lesiones en la boca por rechinar dental o bruxismo

INDICE DE PACIENTES CON LESIONES BUCALES POR BRUXISMO		
TIPOS DE ENFERMEDADES	F. DE ENFERMEDAD	F. DE LESIONES BUCALES
Hidrocefalia	4	0
ACV	15	8
Lesión medular	10	6
Poliomielitis	4	4
S. de Down	7	3
S. de Crouzon	4	0
S. de alcohólico fetal	2	2
Parálisis cerebral	14	7
Retardo mental	9	3
Epilepsia	26	12
Esquizofrenia	8	3
Autismo	0	0
TOTAL	103	48

CUADRO N° 17



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 103 pacientes encuestados se establece que aquellos manifestaron tener lesiones por bruxismo, clasificándolos por enfermedades: hidrocefalia: 0, ACV: 7, lesión medular: 5, poliomielitis: 4, síndrome de Down: 3, síndrome de Crouzon: 0, síndrome alcohólico fetal: 2, parálisis cerebral: 7, retardo mental: 3, epilepsia: 12, esquizofrenia: 3, autismo: 0.

Garcés, et al. (2008), manifiestan en su literatura que:

El bruxismo es definido como “un hábito oral que consiste en apretamiento o rechinar espasmódico rítmico e involuntario de los dientes.” Clasificado según la Asociación Americana de desórdenes del sueño (ADA) como “un desorden de movimiento estereotipado caracterizado por apretamiento y rechinar durante el sueño⁷⁵.(p. 62).p.75.

Los resultados obtenidos de las encuestas nos indican claramente que el porcentaje de individuos que ejecutan el hábito autolesivo “bruxismo” es menor en relación al grupo que no lo manifiesta, los pacientes que si practican éste hábito autolesivo lo realizan a tal punto de presentar lesiones dentarias bastante marcadas, éste resultado corrobora una vez más que los pacientes con enfermedades discapacitantes si presentan lesiones bucales autoinfligidas, siendo los grupos sobresalientes en cuanto a frecuencia: poliomielitis, síndrome alcohólico fetal y parálisis cerebral infantil.

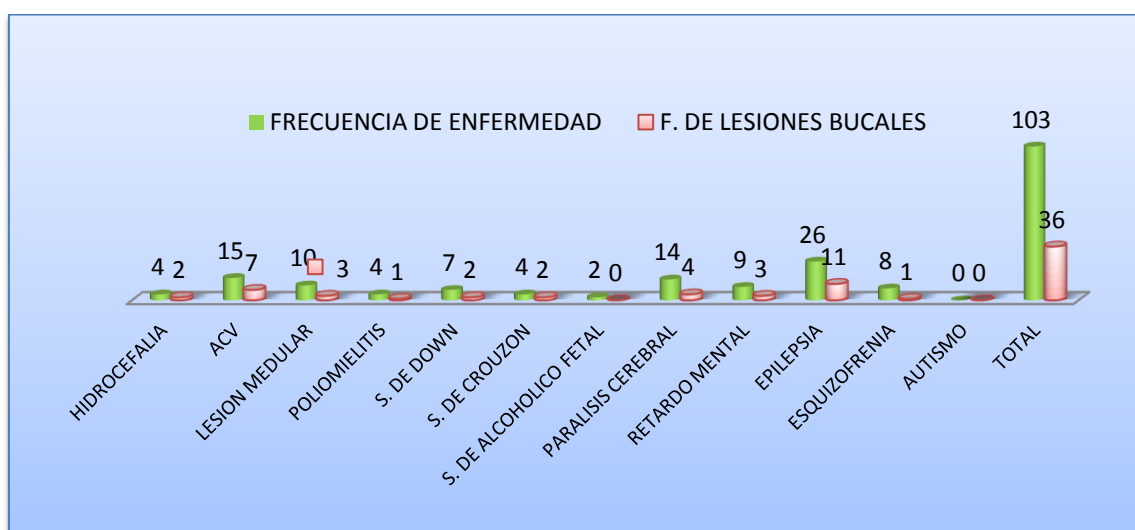
⁷⁵ Garces, D., Godoy, L., Palacio, A. & Naranjo, M. (abril de 2008) Acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio. Revista CES Odontología. No. 1. Recuperado de revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/53/43

CUADRO N° 18

Lesiones en la boca por caídas o traumatismos

INDICE DE PACIENTES CON LESIONES BUCALES POR CAIDAS Y TRAUMATISMOS		
TIPOS DE ENFERMEDADES	F. DE ENFERMEDAD	F. DE LESIONES BUCALES
Hidrocefalia	4	2
ACV	15	7
Lesión medular	10	3
Poliomielitis	4	1
S. de Down	7	2
S. de Crouzon	4	2
S. de alcohólico fetal	2	0
Parálisis cerebral	14	4
Retardo mental	9	3
Epilepsia	26	11
Esquizofrenia	8	1
Autismo	0	0
TOTAL	103	36

GRÁFICO N° 18



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
 Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 103 pacientes encuestados se establece que 36 pacientes que corresponden al 35% presentaban frecuentemente lesiones bucales debido a “caídas” y 67 pacientes que corresponden al 65% no lo manifestaban, la frecuencia de las lesiones se las clasifica por enfermedades: hidrocefalia: 2, ACV: 5, lesión medular: 3, poliomielitis: 1, síndrome de Down: 2, síndrome de Crouzon: 2, síndrome alcohólico fetal: 0, parálisis cerebral: 4, retardo mental: 3, epilepsia: 11, esquizofrenia: 1, autismo: 0.

Guedes, Bonecker & Martins (2011) manifiesta que: “las caídas asociadas a las convulsiones pueden resultar en laceraciones de tejidos blandos, fracturas de huesos maxilares, luxaciones de ATM y desvitalización, fracturas, subluxaciones o avulsión de dientes”⁷⁶. (p. 424). p.54.

Los resultados obtenidos de las encuestas nos indican claramente que el porcentaje de individuos que padecen “caídas” o traumatismos repentinos e intermitentes es menor en relación al grupo que no lo padece, sin embargo los pacientes que si sufren éstas manifestaciones de las enfermedades discapacitantes presentan múltiples lesiones traumáticas durante su enfermedad, por esto los pacientes que si sufren caídas manifestaron que las han tenido en el pasado y las presentan también en la actualidad, éste resultado corrobora una vez más que los pacientes con enfermedades discapacitantes si presentan lesiones bucales autoinfligidas.

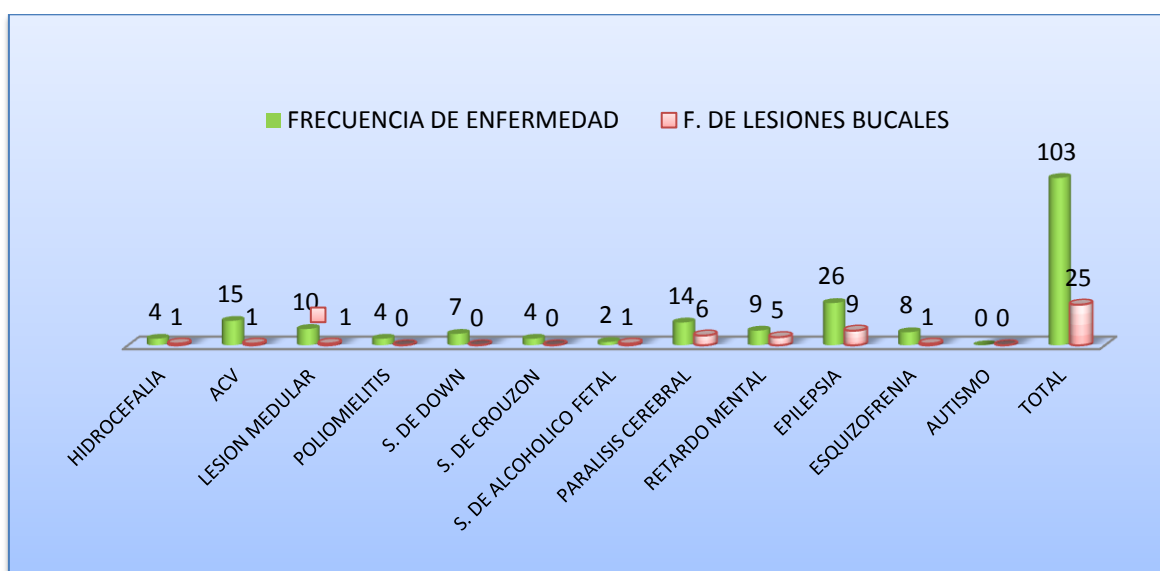
⁷⁶ Guedes, A., Bonecker, M., & Martins, C. (2011). *Fundamentos de Odontología. Odontopediatría*. Sao Paulo: Santos Editora.

CUADRO N° 19

Lesiones bucales por llevarse objetos a la boca

PACIENTES CON LESIONES BUCALES POR LLEVARSE OBJETOS A LA BOCA		
TIPOS DE ENFERMEDADES	F. DE ENFERMEDAD	F. DE LESIONES BUCALES
Hidrocefalia	4	1
ACV	15	1
Lesión medular	10	1
Poliomielitis	4	0
S. de Down	7	0
S. de Crouzon	4	0
S. de alcohólico fetal	2	1
Parálisis cerebral	14	6
Retardo mental	9	5
Epilepsia	26	9
Esquizofrenia	8	1
Autismo	0	0
TOTAL	103	25

GRÁFICO N° 19



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 103 pacientes encuestados se establece que 25 pacientes que corresponden al 24% presentaban frecuentemente lesiones bucales debido a “la introducción de objetos en la boca” y 78 pacientes que corresponden al 76% no lo manifestaban, la frecuencia de las lesiones se las clasifica por enfermedades: hidrocefalia: 3, ACV: 0, lesión medular: 1, poliomielitis: 0, síndrome de Down: 4, síndrome de Crouzon: 2, síndrome alcohólico fetal: 2, parálisis cerebral: 6, retardo mental: 0, epilepsia: 4, esquizofrenia: 0, autismo: 0.

Como lo establece Assed (2008) “también se encuadran en esa categoría las lesiones traumáticas, siendo las más comunes aquellas causadas por el propio individuo, como por ejemplo la onicofagia u otros hábitos nocivos, o también las lesiones originadas por cuerpo extraño”⁷⁷. (p. 863). p. 85.

Los resultados obtenidos de las encuestas nos indican claramente que el porcentaje de individuos que padecen “caídas” o traumatismos repentinos e intermitentes es menor en relación al grupo que no lo padece, sin embargo los pacientes que si sufren éstas manifestaciones de las enfermedades discapacitantes presentan múltiples lesiones traumáticas durante su enfermedad, por esto los pacientes que si sufren caídas manifestaron que las han tenido en el pasado y las presentan también en la actualidad, éste resultado corrobora una vez más que los pacientes con enfermedades discapacitantes si presentan lesiones bucales autoinfligidas, las cuales son comunes en el síndrome de Down, síndrome de Crouzon, síndrome alcohólico fetal y parálisis cerebral infantil.

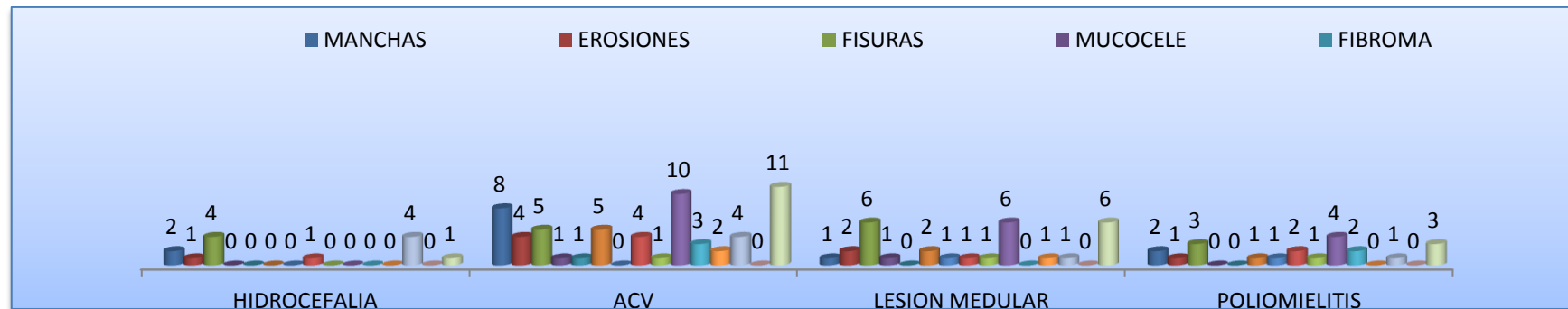
⁷⁷ Assed, S. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Sao Paulo: Amolca.

CUADRO N° 20

Índice del tipo de lesiones en personas con discapacidad física

		LESIONES		MANCHAS		EROSIONES		FISURA		MUCOCELE		FIBROMA		MOV. DENTARIA		FRACTURA		GINGIVITIS ARTEFACTA		RETRACCION GINGIVAL		ULCERAS		DESGAST GENERALIZADO		DESGASTE LOC.		LACERACIONES		FRACTURAS DE H. ALVEOLAR		CICATRIZ		
		#	OPCIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
DISCAPACIDAD FÍSICA	4	HIDROCEFALIA	2	2	1	3	4	0	0	4	0	4	0	4	0	4	1	3	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	4	0	0	4	1	3
	15	ACV	8	7	4	11	5	10	1	14	1	14	5	10	0	15	4	11	1	14	10	5	3	12	2	13	4	11	0	15	11	4		
	10	LESION MEDULAR	1	9	2	8	6	4	1	9	0	10	2	8	1	9	1	9	1	9	6	4	0	10	1	9	1	9	0	10	6	4		
	4	POLIOMIELITIS	2	2	1	3	3	1	0	4	0	4	1	3	1	3	2	2	1	3	4	0	2	2	0	4	1	3	0	4	3	1		
33	TOTAL	13	20	8	25	18	15	2	31	1	32	8	25	2	31	8	25	3	30	20	13	5	28	3	30	10	23	0	33	21	11			

GRÁFICO N° 20



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.

Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo con las fichas de observación aplicadas a los 33 pacientes con discapacidad física el 100% presentaron lesiones bucales:

De los pacientes que tuvieron manchas: 2 son del grupo de Hidrocefalia, 8 pacientes con ACV, 1 con Lesión medular y 2 con Poliomiéлитis.

Las erosiones estuvieron presentes en: 1 paciente con Hidrocefalia, 4 pacientes con ACV, 2 con Lesión medular y 1 con Poliomiéлитis.

Las fisuras fueron comunes en: 4 pacientes con Hidrocefalia, 5 con ACV, 6 con Lesión medular y 3 con Poliomiéлитis.

Los pacientes que tuvieron mucocele fueron: 1 persona con ACV y 1 paciente con Lesión medular.

Fibroma: 1 paciente con ACV.

Los pacientes que presentaron movilidad dentaria fueron: 5 personas con ACV, 2 pacientes con Lesión medular y 1 paciente con Poliomiéлитis.

Las personas que manifestaron fractura dental fueron: 1 paciente con Lesión medular y 1 con Poliomiéлитis.

La gingivitis artefacta se presentó en: 1 paciente con Hidrocefalia, 4 personas con ACV, 1 paciente con Lesión medular y 2 pacientes con Poliomiéлитis.

La retracción gingival la tuvieron: 1 paciente con ACV, 1 persona con Lesión medular, y 1 paciente con poliomiéлитis.

Las úlceras se encontraron en: 10 personas con ACV, 6 CON Lesión medular y 4 con poliomiéлитis.

El desgaste dentario generalizado se encontró en: 3 pacientes con ACV y 2 personas con Poliomielitis.

El desgaste dentario localizado se evidenció en: 2 personas con ACV y 1 paciente con Lesión medular.

Las laceraciones estuvieron presentes en: 4 pacientes con Hidrocefalia, 4 con ACV, 1 con Lesión medular y 1 con Poliomielitis.

No se encontró fracturas alveolares en este grupo.

Las cicatrices fueron observadas en: 1 paciente con Hidrocefalia, 11 personas con ACV, 6 pacientes con Lesión medular y 3 pacientes con Poliomielitis.

Los resultados obtenidos en la investigación se asemejan a la aseveración de Sánchez (2009), menciona que:

Las enfermedades bucodentales son muy frecuentes entre la población en general, pero las personas con discapacidad son especialmente sensibles a este tipo de problemas. En el caso de que se trate de una discapacidad física que impida la movilidad, la higiene bucal diaria tendrá que ser realizada por otra persona, pero no debe descuidarse en ningún momento⁷⁸. p.27.

Tal como demuestran los resultados obtenidos de lesiones bucales en discapacitados se puede ver claramente que los pacientes incapacitados físicamente están constantemente expuestos a padecer lesiones bucales. De las cuáles las que prevalecen son: manchas en mucosas, fisuras en tejidos blandos, úlceras en mucosas y cicatrices en tejidos peribucales. Las lesiones que se presentaron con frecuencia intermedia fueron: erosiones, movilidad, gingivitis

⁷⁸ Sánchez, L. (2009). El Diario Femenino. *Enfermedades bucodentales más frecuentes*. Recuperado de <http://www.diariofemenino.com/salud/higiene/articulos/enfermedades-bucodentales-frecuentes-verano/>

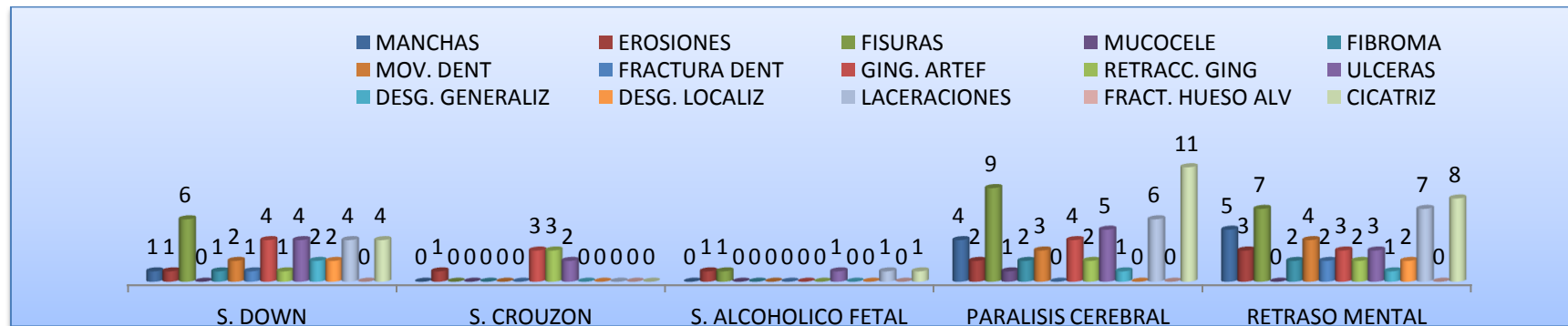
artefacta y laceraciones por mordeduras. Las lesiones menos prevalentes fueron: mucocele, fibroma, fracturas dentales, retracción gingival, desgaste dentario generalizado y localizado, y fracturas de hueso alveolar.

CUADRO N° 21

Índice del tipo de lesiones en personas con discapacidad intelectual.

DISCAPACIDAD INTELLECTUAL	#	OPCIONES	LESIONES		MANCHAS		EROSIONES		FISURA		MUCOCELE		FIBROMA		MOV. DENTARIA		FRACTURA		GINGIVITIS ARTEFACTA		RETRACCION GINGIVAL		ULCERAS		DESGAST GENERALIZADO		DESGASTE LOC.		LACERACIONES		FRACTURA S DE H. ALVEOLAR		CICATRIZ	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	7	S. DOWN	1	6	1	6	6	1	0	7	1	6	2	5	1	6	4	3	1	6	4	3	2	5	2	5	4	3	0	7	4	3		
	4	S. CROUZON	0	4	1	3	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	3	1	3	1	2	2	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4		
	2	S. ALCOHOLICO FETAL	0	2	1	1	1	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	1	1	0	2	0	2	1	1	0	2	1	1		
	14	PARALISIS CEREBRAL	4	10	2	12	9	5	1	13	2	12	3	11	0	14	4	10	2	12	5	9	1	13	0	14	6	8	0	14	11	3		
	9	RETRASO MENTAL	5	4	3	6	7	2	0	9	2	7	4	5	2	7	3	6	2	7	3	6	1	8	2	7	7	2	0	9	8	1		
	36	TOTAL	10	26	8	28	23	13	1	35	5	31	9	27	3	33	14	22	8	28	15	21	4	32	4	32	18	18	0	36	24	12		

GRÁFICO N° 21



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.

Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo con las fichas de observación aplicadas a los 36 pacientes con discapacidad intelectual el 100% de aquellos presentaron múltiples lesiones bucales:

De los pacientes que tuvieron manchas: 1 es del grupo de síndrome de Down, 4 con parálisis cerebral y 5 con retraso mental.

Las erosiones estuvieron presentes en: 1 paciente con síndrome de Down, 1 con síndrome de Crouzon, 1 con síndrome alcohólico fetal, 2 con parálisis cerebral y 3 con retraso mental.

Las fisuras fueron comunes en: 6 personas con síndrome de Down, 1 persona con síndrome alcohólico fetal, 9 con parálisis cerebral y 7 pacientes con retraso mental.

El paciente que tuvo mucocele fue: 1 del grupo con parálisis cerebral.

Fibroma: 1 paciente con síndrome de Down, 2 con parálisis cerebral y 2 con retraso mental.

Los pacientes que presentaron movilidad dentaria fueron: 2 personas con síndrome de Down, 3 con parálisis cerebral y 4 con retraso mental.

Las personas que manifestaron fractura dental fueron: 1 paciente con síndrome de Down y 2 con retraso mental.

La gingivitis artefacta se presentó en: 4 pacientes con síndrome de Down, 3 con síndrome de Crouzon, 4 con parálisis cerebral, y 3 con retraso mental.

La retracción gingival la tuvieron: 1 persona con síndrome de Down, 3 con síndrome de Crouzon, 2 con parálisis cerebral y 2 pacientes con retraso mental.

Las úlceras se encontraron en: 4 pacientes con síndrome de Down, 2 con síndrome de Crouzon, 1 con Síndrome alcohólico fetal, 5 con parálisis cerebral y 3 con retraso mental.

El desgaste dentario generalizado se encontró en: 2 personas con síndrome de Down, 1 con parálisis cerebral y 1 paciente con retraso mental.

El desgaste dentario localizado se evidenció en: 2 personas con síndrome de Down y 2 pacientes con retraso mental.

Las laceraciones estuvieron presentes en: 4 pacientes con síndrome de Down, 1 con síndrome alcohólico fetal, 6 con parálisis cerebral y 7 personas con retraso mental.

No se encontró fracturas alveolares en este grupo.

Las cicatrices fueron observadas en: 4 personas con síndrome de Down, 1 con síndrome alcohólico fetal, 11 pacientes con parálisis cerebral y 8 con retraso mental.

Sánchez (2012), en una publicación en el Diario femenino indica que:

Dependiendo del tipo de discapacidad también varían los retos a los que tienen que enfrentarse y cada vez más personas están sensibilizadas con esta problemática social. Pero poca gente es consciente de uno de los problemas de salud que más incidencia tiene entre las personas con alguna discapacidad como son las enfermedades bucodentales⁷⁹.p.33.

⁷⁹ Sánchez, L. (2009). *Enfermedades bucodentales más frecuentes. El Diario Femenino*. Recuperado de <http://www.diariofemenino.com/salud/higiene/articulos/enfermedades-bucodentales-frecuentes-verano/>

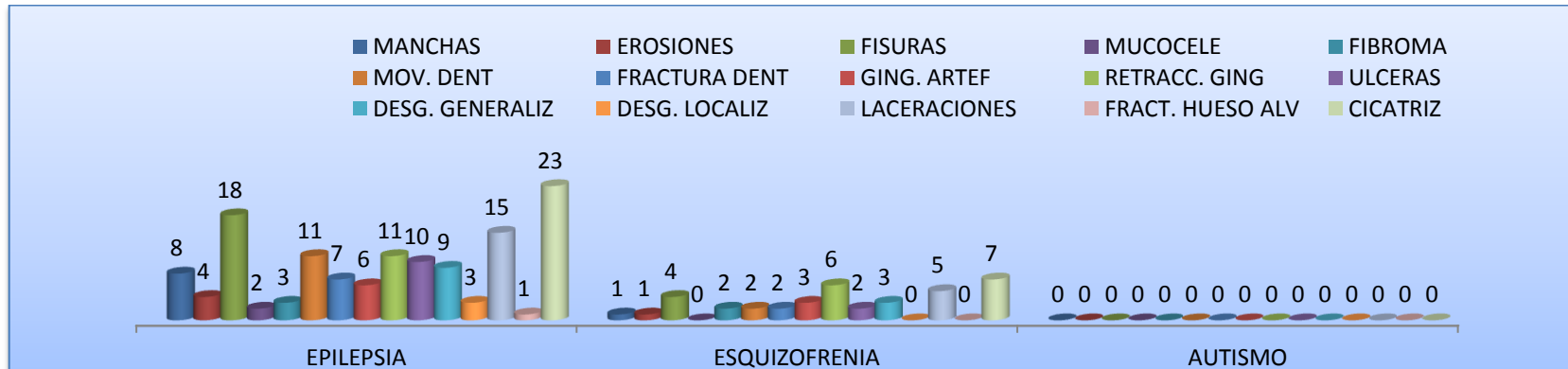
Como se puede notar los pacientes con discapacidades intelectuales también están constantemente expuestos a padecer lesiones bucales en cualquier momento, incluso presentar diversas lesiones a la vez. Entre las lesiones más comunes en estos pacientes están: fisuras, úlceras, laceraciones y cicatrices. Las lesiones que se presentaron con frecuencia intermedia fueron: manchas, erosiones, movilidad dental y gingivitis artefacta y las lesiones que se presentan con menos frecuencia son: mucocele, fibroma, fracturas dentales, retracción gingival, desgaste dentario generalizado y localizado, y fracturas de hueso alveolar.

CUADRO N° 22

Índice del tipo de lesiones en personas con enfermedades neuropsicológicas

ENFERMEDADES NEUROPSICOLÓGICAS	#	OPCIONES	LESIONES		MANCHAS		EROSIONES		FISURA		MUCOCELE		FIBROMA		MOV. DENTARIA		FRACTURA		GINGIVITIS ARTEFACTA		RETRACCION GINGIVAL		ULCERAS		DESGAST GENERALIZADO		DESGASTE LOC.		LACERACIONES		FRACTURAS DE H. ALVEOLAR		CICATRIZ	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
			26	EPILEPSIA	8	18	4	22	18	8	2	24	3	23	11	15	7	19	6	20	11	15	10	16	9	17	3	23	15	11	1	25	23	3
8	ESQUIZOFRENIA	1	7	1	7	4	4	0	8	2	6	2	6	2	6	3	5	6	2	2	6	3	5	0	8	5	3	0	8	7	1			
0	AUTISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
34	TOTAL	9	25	5	29	22	12	2	32	5	29	13	21	9	25	9	25	17	17	12	22	12	22	3	31	20	14	1	33	30	4			

GRÁFICO N° 22



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.

Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los pacientes que pertenecen al grupo de enfermedades neuropsicológicas también tuvieron un alto índice de lesiones bucales autoinducidas, de aquellas 34 personas el 100% presentaron dichas lesiones:

8 personas con epilepsia y 1 con esquizofrenia tuvieron manchas.

4 pacientes con epilepsia y 1 con esquizofrenia manifestaron erosiones.

18 pacientes con epilepsia y 4 con esquizofrenia presentaron fisuras.

2 personas con epilepsia tuvieron mucocele.

3 individuos con epilepsia y 2 con esquizofrenia manifestaron fibroma.

A 11 personas con epilepsia y 2 con esquizofrenia se les observó movilidad dentaria.

En 7 pacientes con epilepsia y 2 con esquizofrenia se encontró fractura dental.

A 6 personas con epilepsia y 3 con esquizofrenia se les observó gingivitis artefacta.

11 pacientes con epilepsia y 6 con esquizofrenia tuvieron retracción gingival.

10 personas con epilepsia y 2 con esquizofrenia presentaron úlceras.

En 9 pacientes con epilepsia y 3 con esquizofrenia se encontró desgaste dentario generalizado.

En 3 pacientes con epilepsia se observó desgaste dentario localizado.

Las laceraciones estuvieron presentes en 15 personas con epilepsia y 5 con esquizofrenia.

La fractura de hueso alveolar se presentó en 1 paciente con epilepsia.

23 personas con epilepsia y 7 con esquizofrenia manifestaron cicatrices.

Boj manifiesta que “éstos pacientes con frecuencia, presentan bruxismo, babeo y también pueden presentar conductas autolesivas”⁸⁰. (Boj et al., 2011, p. 632). p.37.

Se puede apreciar que en los pacientes con enfermedades neuropsicológicas también se presentan lesiones autoinducidas, siendo las más frecuentes las cicatrices, fisuras, laceraciones, movilidad dentaria, retracción gingival y úlceras; seguido de las lesiones de frecuencia intermedia: desgaste dentario generalizado, manchas, fractura dental y gingivitis artefacta; por último las lesiones menos frecuentes: erosiones, desgaste dentario localizado, fibroma, mucocele y fractura de hueso alveolar.

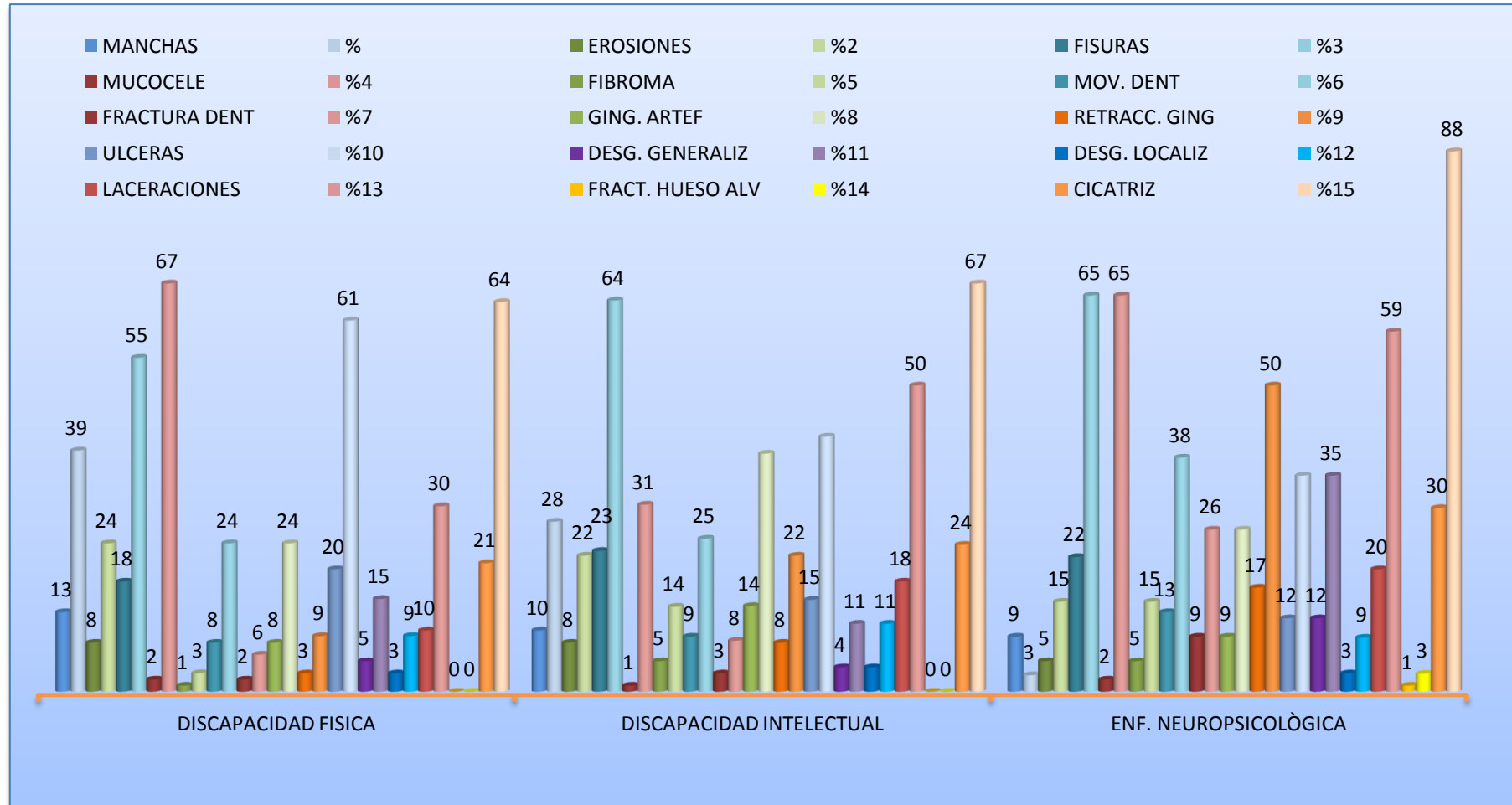
⁸⁰ Boj, J. et al., (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. (p. 632). Madrid: Editorial Ripano.

CUADRO N° 23

Tipos de lesiones bucales encontradas en los pacientes con enfermedades discapacitantes.

TIPO DE DISCAPACIDAD	# PCTES	MANCHAS		EROSIONES		FISURA		MUCOCELE		FIBROMA		MOV. DENTARIA		FRACTURA		GINGIVITIS ARTEFACTA		RETRACCION GINGIVAL		ULCERAS		DESGAST GENERALIZADO		DESGASTE LOC.		LACERACIONES		FRACTURAS DE H. ALVEOLAR		CICATRIZ	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
DISCAPACIDAD FISICA	33	13	20	8	25	18	15	2	31	1	32	8	25	2	31	8	25	3	30	20	13	5	28	3	30	10	23	0	33	21	11
DISCAPACIDAD INTELECTUAL	36	10	26	8	28	23	13	1	35	5	31	9	27	3	33	14	22	8	28	15	21	4	32	4	32	18	18	0	36	24	12
ENF. NEUROPSICOLÓGICA	34	9	25	5	29	22	12	2	32	5	29	13	21	9	25	9	25	17	17	12	22	12	22	3	31	20	14	1	33	30	4
TOTAL	103	32	71	21	82	63	40	5	98	11	92	30	73	14	89	31	72	28	75	47	56	21	82	10	93	48	55	1	102	75	27
		103		103		103		103		103		103		103		103		103		103		103		103		103		103			

GRAFICO N° 23



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y fichas de observación realizadas a los pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
 Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100% de la población de discapacitados en los que se aplicó la observación se encontró lesiones bucodentales autoinducidas, predominando unas lesiones sobre otras en los diferentes grupos de discapacitados:

Las lesiones de tipo manchas fueron más frecuentes en el grupo de personas con discapacidad física con 13 pacientes.

Las lesiones orales como: erosiones las presentaron mayormente las personas con discapacidad física (8) e intelectual (8).

Las fisuras fueron comunes en 23 pacientes con discapacidad intelectual.

Los Mucocelos se manifestaron en 2 personas con discapacidad física y 2 con enfermedades neuropsicológicas.

Los fibromas se presentaron con mayor frecuencia en las personas con discapacidad intelectual (5) y enfermedades neuropsicológicas (5).

De los pacientes que tuvieron movilidad dentaria los que predominaron fueron 13 pacientes con enfermedades neuropsicológicas.

El grupo que tuvo mayor índice de fracturas dentales fue el de enfermedades neuropsicológicas con 9 pacientes.

La gingivitis artefacta tuvo lugar en su mayoría en los pacientes con discapacidad intelectual con 14 personas.

Las enfermedades neuropsicológicas influyeron para que 17 pacientes tuvieran retracción gingival.

Las úlceras bucales fueron mayores en los pacientes con discapacidad física constituyendo 20 personas con dicha patología.

Las personas con enfermedades neuropsicológicas que tuvieron desgaste dentario generalizado fueron 12.

El desgaste dentario localizado fue más evidente en los pacientes con discapacidad intelectual llegando a un índice de 4 personas.

Los individuos que tuvieron laceraciones pertenecen a las enfermedades neuropsicológicas, aquellos fueron 20.

La fractura de hueso alveolar sólo se presentó en 1 paciente del grupo de enfermedades neuropsicológicas.

Las cicatrices fueron más frecuentes en los pacientes con enfermedades neuropsicológicas alcanzando un índice de 30 personas.

Bordoni (2010), refiere que:

Las conductas autolesivas son una manifestación de algunos desórdenes neuromusculares y ciertos trastornos psiquiátricos. Existen síndromes como el de LeshNyhan que tienen entre sus características conductas compulsivas que llevan a la mordedura de labios, lengua y carrillos, provocando lesiones muchas veces irreversibles (Rashid y col..1997) los pacientes con parálisis cerebral y otros tipos de retardo mental pueden sufrir autoagresiones bucales, hay casos de niños que se han provocado lesiones en los carrillos por mordeduras crónicas⁸¹. (p. 673). p.76.

⁸¹ Bordoni, N. et al. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. (p.673). Argentina: Panamericana.

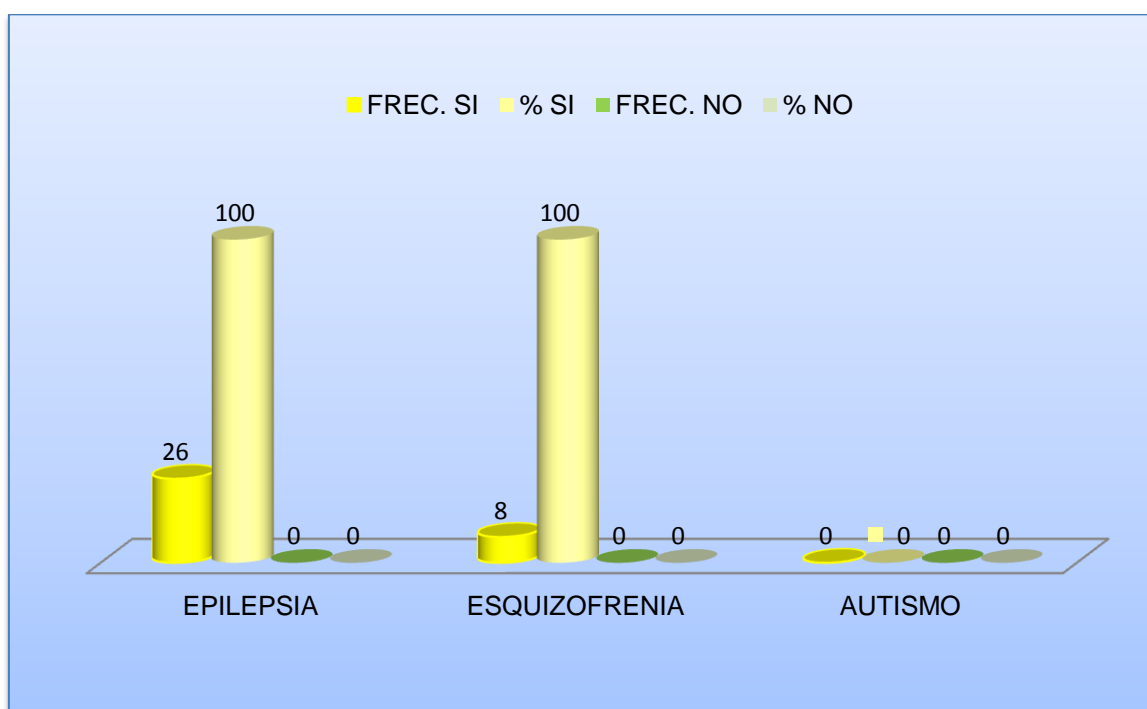
De acuerdo con los resultados interpretados previamente se puede comprobar que los pacientes con enfermedades discapacitantes manifiestan lesiones bucales autoinducidas, hablando en forma general los tipos de lesiones bucales que predominaron en los pacientes con enfermedades discapacitantes fueron: Cicatrices, fisuras, laceraciones, úlceras, retracción gingival, gingivitis artefacta y movilidad dentaria. Mientras que las lesiones menos frecuentes fueron: desgaste dentario generalizado, fracturas dentales, erosiones, fibromas, desgaste dentario localizado, mucocele y fractura de hueso alveolar.

CUADRO N° 24

POLITRAUMATISMOS BUCALES EN LAS ENFERMEDADES NEUROPSICOLÓGICAS

ENF. NEUROPSICOLOGICAS	SI		NO	
	FREC.	%	FREC.	%
Epilepsia	26	100%	0	0%
Esquizofrenia	8	100%	0	0%
Autismo	0	0%	0	0%
TOTAL	34			

GRÁFICO N° 24



Fuente: Encuestas aplicadas a los familiares de pacientes y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.
 Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 34 pacientes con enfermedades neuropsicológicas encuestados se establece que 26 pacientes padecen epilepsia, de los 26 pacientes epilépticos 26 de ellos que corresponden al 100% presentaban frecuentemente varias lesiones bucales traumáticas o politraumatismos. De los 34 pacientes con enfermedades neuropsicológicas 8 pacientes padecen esquizofrenia, de los 8 pacientes esquizofrénicos 8 personas que corresponden al 100% tuvieron y tienen frecuentemente varias lesiones bucales traumáticas o politraumatismos. De los 34 pacientes con enfermedades neuropsicológicas 0 pacientes presentaron autismo por lo consiguiente el porcentaje de lesiones traumáticas es 0.

Estos resultados se relacionan con lo que Bordoni (2010) indica: “una alta proporción de pacientes con discapacidad mental sufren traumatismos dentoalveolares. En éste grupo se encuentran los pacientes que presentan convulsiones repetitivas de naturaleza violenta”⁸².(p. 513).p.82.

Los resultados obtenidos de las encuestas nos indican claramente que el porcentaje de individuos con enfermedades neuropsicológicas que padecen politraumatismos es elevada incluso que se han presentado y se presentan de forma repentina e intermitente a lo largo de su enfermedad, éste resultado corrobora una vez más que los pacientes con enfermedades discapacitantes si presentan lesiones bucales traumáticas y autoinfligidas.

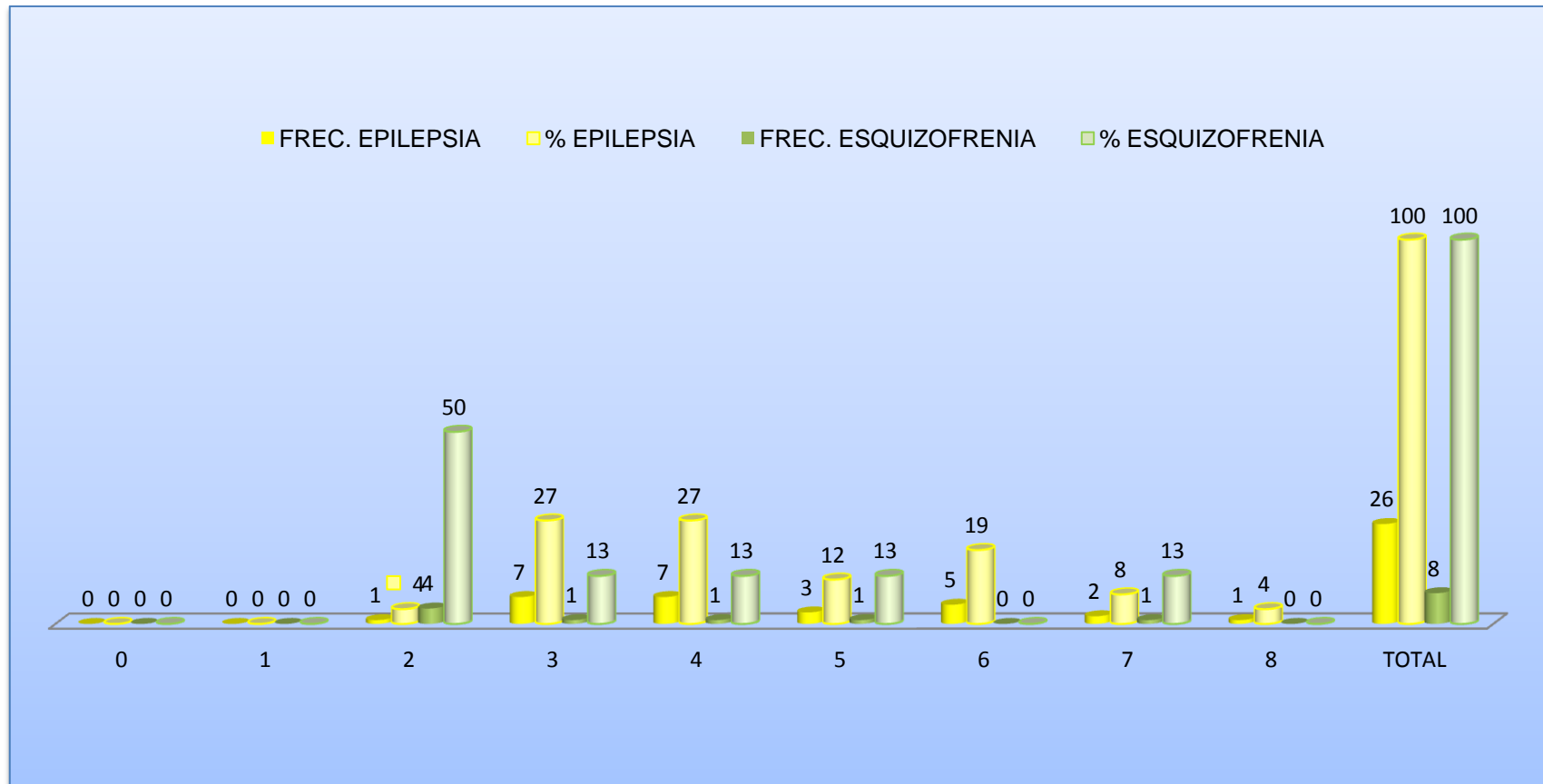
⁸² Bordoni, N. (2010). *Odontología pediátrica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

CUADRO Nº 25

PREVALENCIA DE POLITRAUMATISMOS BUCALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROPSICOLÓGICAS

PREVALENCIA DE POLITRAUMATISMOS BUCALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROPSICOLOGICAS				
NÚMERO DE LESIONES	EPILEPSIA		ESQUIZOFRENIA	
	FREC.	%	FREC.	%
0	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	1	4	4	50
3	7	27	1	13
4	7	27	1	13
5	3	12	1	13
6	5	19	0	0
7	2	8	1	13
8	1	4	0	0
TOTAL	26	100	8	100

GRÁFICO N° 25



Fuente: Encuestas realizadas a los familiares y pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico.

Elaboración: Vanessa Cedeño Mendoza y Rosario Cedeño Quiroz.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 34 pacientes con enfermedades neuropsicológicas encuestados se establece que 34 pacientes que corresponden al 100% presentaron alguna vez politraumatismos durante la enfermedad.

Se toma en cuenta que cada enfermedad tiene su número de pacientes: 26 epilépticos y 8 esquizofrénicos y que cada número se lo toma en cuenta como el 100%.

Se establece que 0 pacientes con epilepsia que corresponde al 0% y 0 pacientes con esquizofrenia que corresponde al 0% tuvieron 0 lesiones.

0 pacientes con epilepsia que corresponde al 0% tuvieron 1 lesión y 1 paciente con esquizofrenia que corresponde al 0% tuvo 1 lesión.

1 paciente con epilepsia que corresponde al 4% tuvo 2 lesiones y 4 pacientes con esquizofrenia que corresponde al 50% tuvieron 2 lesiones.

7 pacientes con epilepsia que corresponde al 27% tuvieron 3 lesiones y 1 paciente con esquizofrenia que corresponde al 13% tuvo 3 lesiones.

7 pacientes con epilepsia que corresponde al 27% tuvieron 4 lesiones y 1 paciente con esquizofrenia que corresponde al 13% tuvo 4 lesiones.

3 pacientes con epilepsia que corresponde al 12% tuvieron 5 lesiones y 1 paciente con esquizofrenia que corresponde al 13% tuvo 5 lesiones.

5 pacientes con epilepsia que corresponde al 19% tuvieron 6 lesiones y 0 pacientes con esquizofrenia que corresponde al 0% tuvieron 6 lesiones.

2 pacientes con epilepsia que corresponde al 8% tuvieron 7 lesiones y 1 paciente con esquizofrenia que corresponde al 13% tuvo 7 lesiones.

1 paciente con epilepsia que corresponde al 4% tuvieron 8 lesiones y 0 pacientes con esquizofrenia que corresponde al 13% tuvieron 8 lesiones.

Santos (2010) menciona que:

Se reconocen como pacientes psiquiátricos a aquellas personas que sufren alguna enfermedad mental y que reciben tratamiento médico especializado. Las enfermedades mentales abarcan también trastornos afectivos como: ciertas depresiones, retraso mental, daño orgánico cerebral, psicosis y demencias⁸³. (p. 13).p.58.

Los resultados obtenidos de las encuestas nos indican claramente que el porcentaje de individuos con enfermedades neuropsicológicas que padecen politraumatismos es significativa, incluso que se han presentado y se presentan de forma repentina e intermitente a lo largo de su enfermedad, éste resultado corrobora una vez más que los pacientes con enfermedades discapacitantes si presentan lesiones bucales traumáticas y autoinducidas.

⁸³ Santos, D. (2010). Estado bucodental de un grupo de pacientes psiquiátricos de Oaxaca, México. Definición y Clasificación de Patologías Psiquiátricas. Editorial de la Universidad de Granada. (Tesis doctoral). Recuperado de https://www.google.com.ec/#output=search&scient=psy-ab&q=Dora+Laura+Santos+Figueroa.+Estado+bucodental+de+un+grupo+de+pacientes+psiqui%C3%A1tricos+de+Oaxaca%2C+M%C3%A9xico.+Definici%C3%B3n+y+Clasificaci%C3%B3n+de+Patolog%C3%ADas+Psiqui%C3%A1tricas.+Editorial+de+la+Universidad+de+Granada.+Granada.+2010.+p:+13%2C+17.+Tesis+doctoral.+Odont%C3%B3logo.+Universidad+de+Granada.+Facultad+de+Odontolog%C3%ADa.+Departamento+de+estomatolog%C3%ADa.&oq=Dora+Laura+Santos+Figueroa.+Estado+bucodental+de+un+grupo+de+pacientes+psiqui%C3%A1tricos+de+Oaxaca%2C+M%C3%A9xico.+Definici%C3%B3n+y+Clasificaci%C3%B3n+de+Patolog%C3%ADas+Psiqui%C3%A1tricas.+Editorial+de+la+Universidad+de+Granada.+Granada.+2010.+p:+13%2C+17.+Tesis+doctoral.+Odont%C3%B3logo.+Universidad+de+Granada.+Facultad+de+Odontolog%C3%ADa.+Departamento+de+estomatolog%C3%ADa.&gs_l=hp.12...2429.2429.0.4203.1.1.0.0.0.0.0.0.0.0.1...1c..9.psy.ab.O8qe0eLg3CU&pbx=1&bav=on.2,or.r_cp.r_qf.&bvm=bv.45368065,d.eWU&fp=23fbaf1da5123fd2&biw=1600&bih=697

CONCLUSIONES

Mediante la investigación aplicada a los pacientes discapacitados se pudo determinar que las enfermedades discapacitantes que les impide y limita la ejecución de sus actividades cotidianas, dentro de las enfermedades que causan Discapacidad Física tenemos: la Hidrocefalia, Lesión medular y Poliomieltis son las que con mayor frecuencia dificultan a los pacientes a realizar sus actividades normalmente, seguido de las enfermedades causantes de Discapacidad Intelectual: Síndrome de Down, Parálisis cerebral infantil, Retraso mental y por último la Esquizofrenia la cual pertenece al grupo de Enfermedades Neuropsicológicas. La ejecución de la higiene bucal se ve afectada en pacientes con enfermedades como: Síndrome de Down e Hidrocefalia.

Los resultados del trabajo investigativo fueron útiles para establecer las principales causas y hábitos bucales autolesivos que los pacientes discapacitados podrían presentar, dichos hábitos en orden de frecuencia son: succión digital, onicofagia, introducción de objetos extraños a la boca, morsicatum, bruxismo y caídas o accidentes.

En personas cuya patología pertenece al grupo de enfermedades neuropsicológicas como: Epilepsia y Esquizofrenia las manifestaciones bucales son variadas, a través de la investigación de campo se logró indagar que los pacientes con enfermedades neuropsicológicas sí están expuestos frecuentemente a padecer politraumatismos bucales.

RECOMENDACIONES

Las enfermedades discapacitantes que los pacientes poseen influyen negativamente en la ejecución de actividades diarias, aspecto que dificulta el desarrollo psicosocial puesto que aquellos no pueden ejercer autonomía a plenitud, son las personas que se encuentran a su alrededor quienes sirven de apoyo para suplir sus necesidades, los familiares juegan un papel fundamental en el desenvolvimiento social de los discapacitados por esa razón la atención que reciben por parte de sus seres queridos debe ser de calidad para minimizar los efectos negativos propios de las enfermedades discapacitantes. La labor que desempeña el núcleo familiar es más satisfactorio cuando el paciente es considerado un elemento potencialmente participativo, es útil recordar que los discapacitados requieren afecto y calor humano, asignar tareas de acuerdo a su desenvolvimiento y dar estímulos les ayuda a mejorar su capacidad intelectual, preservar su integridad física y disminuir el nivel de tensiones.

Los pacientes discapacitados practican hábitos que provocan lesiones bucales o suelen tener daños en sus tejidos a causa de traumatismos, los efectos perjudiciales de la práctica de hábitos se pueden minimizar cuando la atención odontológica es periódica por lo menos cada tres meses, el odontólogo es el encargado de guiar a los familiares de los pacientes en tomar medidas para prevenir las lesiones, es quien establece diagnósticos de las enfermedades bucales encontradas e insta los tratamientos que vayan acorde con las patologías presentes. Es importante que los familiares estén al tanto de la salud oral de los pacientes, se interesen en la prevención de enfermedades, debe

colaborar cuando el odontólogo realiza recomendaciones y con más razón si es necesario que el paciente use aparatologías bucales para prevenir hábitos o lesiones.

Los pacientes que presentan enfermedades neuropsicológicas como epilepsia y esquizofrenia debido a su variable cuadro patológico están en constante riesgo de sufrir traumatismos, caídas e incluso autoagresiones, en aquellos pacientes la medicación prescrita por el médico tratante debe ser administrada por los cuidadores en la hora correcta y dosis adecuadas, cuando las enfermedades son progresivas y se requiere el incremento paulatino de los fármacos con el pasar del tiempo la comunicación con el personal médico no se debe dejar de lado para evitar sufrir manifestaciones agresivas de las enfermedades y prevenir los accidentes, además las visitas al odontólogo aseguran el mantenimiento de la salud bucal junto con la prevención de lesiones autoinducidas y enfermedades infecciosas.

Lista de referencias

- Aranda, R. (2008). *Atención Temprana en la educación infantil*. España: Wolters Kluwer.
- Assed, S. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Sao Paulo: Amolca.
- Bassedas, E. (2010). *Alumnado con discapacidad intelectual y retraso en el desarrollo*. España: Grao.
- Boj, J., Cátala, M., Ballesta, C., Mendoza, A., & Planells, P. (2011). *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. Madrid: Ripano.
- Bordoni, N. et al. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Argentina: Panamericana.
- Borrás, S., & Rosell, C. (sf). *Guía para reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados*
- Cameron, A. & Widmer, R. (2010). *Manual de Odontología pediátrica*. Barcelona: Editorial Elsevier.
- Caraballo, R. & Fejerman, N. (2009). *Tratamiento de las epilepsias: Definición*. Buenos Aires-Argentina. Panamericana.
- Caravaca, A. (2008). *El ABC de la respiración cardiopulmonar pediátrica*. España: Aran.
- Carr, V. (2009). *Se trata de la Capacidad. Guía de aprendizaje acerca de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Estados Unidos: A Wordl Enabled. Unicef.
- Castejón, J. & Navas, L. (2009). *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones: El retraso mental y la superdotación*. Alicante. Editorial Club Universitario.
- Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales*. Madrid: Ripano Editorial Médica.
- Escobar, G. (2010). *Personas con discapacidad. VII Informe sobre los Derechos Humanos*. Madrid: Trama editorial.
- Eslava, J., Guevara, O, Gómez, P. (2008). *Semiología quirúrgica: Anomalías craneofaciales comunes*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Fenichel, G. (2010). *Neurología pediátrica clínica: Trastornos de la forma y volumen del cráneo*. Barcelona. Elsevier.

- Gómez, M. (2009). *Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental*. (3ra ed.). México: Panamericana.
- Guedes, A., Bonecker, M., & Martins, C. (2011). *Fundamentos de Odontología. Odontopediatría*. Sao Paulo: Santos Editora.
- Gutierrez, E., & Iglesias, P. (s.f.). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. Editex
- Harvey, L. (2010). *Tratamiento de la lesión medular: Información preliminar*. Barcelona: Elsevier.
- Jack, G. (2009). *Manual del Autismo*. Columbia-Canada: Book Publishers.
- Koch, G. & Poulsen, S. (2011). *Odontopediatría abordaje clínico*. (2da ed.). Venezuela: Amolca.
- López, J. & López L. (2008). *Fisiología Clínica del Ejercicio*. Argentina: Panamericana.
- Ojeda, N., Peña, Javier., Segarra, R., Sánchez, P., Eguiluz, I., Elizagarate, E., Gutierrez, M. & Ezcurra, J. (2009). *La predicción del diagnóstico de esquizofrenia*. Bilbao: Deusto.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid: Cinca. S.A.
- Pessoa, T. & Denser, G. (2008). *Odontología hospitalaria*. Madrid: Editorial Ripano.
- Reyes, E. (2012). *Tengo autismo pero el autismo no me tiene a mí*.
- Rosselli, M., Matute, E. & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil: Trastornos Neurológicos y Psiquiátricos durante la infancia*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Salazar, M., Peralta, C., & Pastor, F. (2009). *Tratado de Psicofarmacología. Bases y Aplicación clínica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Semrud, M., & Teeter A. (2011). *Neuropsicología Infantil. Evolución e intervención en los trastornos neuroevolutivos*. Madrid: Pearson Educación. S.A.
- Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones: Clasificación y etiologías frecuentes*. España: Ideas propias.

- Silvestre, J. & Plaza, A. (2007). (Eds.), *Odontología en pacientes especiales*. España: PUV Ediciones.
- Shors, T. (2009). *Virus. Estudio Molecular*. Buenos Aires – Argentina: Panamericana.
- Torres, M. A. (2010). *Recursos metodológicos en Educación Física con alumnos con discapacidad física y psíquica*. España: Pila Teleña.
- Villar, F. (2009). *Discapacidad dependencia y autonomía en la vejez*. España: Aresta SC.
- Wolf, K., Goldsmith, Katz, Gilchrest, Paller, & Leffer. (2009). *Fitzpatrick Dermatología en medicina general*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Páginas Web

- Marulanda, J., Betancur, J., Espinosa, S., Gómez, J. & Tapias, A. (Mayo de 2011). Salud oral en discapacitados. Revista CES Odontología, 4(1)71-76. Recuperado de <https://www.google.com.ec/search?q=discapacidad%20fisica%20e%20higiene%20bucal&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a>.
- https://www.google.com.ec/#output=search&client=psy-ab&q=Dora+Laura+Santos+Figueroa.+Estado+bucodental+de+un+grupo+de+pacientes+psiqui%C3%A1tricos+de+Oaxaca%2C+M%C3%A9xico.+Definici%C3%B3n+y+Clasificaci%C3%B3n+de+Patolog%C3%ADas+Psiqui%C3%A1tricas.+Editorial+de+la+Universidad+de+Granada.+Granada.+2010.+p:+13%2C+17.+Tesis+doctoral.+Odont%C3%B3logo.+Universidad+de+Granada.+Facultad+de+Odontolog%C3%ADa.+Departamento+de+estomatolog%C3%ADa.&oq=Dora+Laura+Santos+Figueroa.+Estado+bucodental+de+un+grupo+de+pacientes+psiqui%C3%A1tricos+de+Oaxaca%2C+M%C3%A9xico.+Definici%C3%B3n+y+Clasificaci%C3%B3n+de+Patolog%C3%ADas+Psiqui%C3%A1tricas.+Editorial+de+la+Universidad+de+Granada.+Granada.+2010.+p:+13%2C+17.+Tesis+doctoral.+Odont%C3%B3logo.+Universidad+de+Granada.+Facultad+de+Odontolog%C3%ADa.+Departamento+de+estomatolog%C3%ADa.&gs_l=hp.12...2429.2429.0.4203.1.1.0.0.0.0.0..0.0...0.1...1c..9.psy-ab.O8qe0eLg3CU&pbx=1&bav=on.2,or.r_cp.r_qf.&bvm=bv.45368065,d.eWU&fp=23fbaf1da5123fd2&biw=1600&bih=697
- Liendro, C. (21 de mayo de 2012). *Discapacidad y Sociedad. Pulsación*. Recuperado de <http://pulsacion.blogia.com/2012/052101-discapacidad-y-sociedad.php>
- Ferrer, E. (22 de enero de 2009). El Ecuador tiene el 12,8% según la OEA. El Universo. Recuperado de

<http://www.eluniverso.com/2009/01/22/1/1361/2D2EE8BA0D38471EB181ECC5B AF6FDA8.html>

- El Mercurio. (18 de mayo de 2012). *El Ecuador presentará en Ginebra logros alcanzados en materia de derechos humanos de las personas con discapacidades*. Recuperado de <http://www.elmercurio.com.ec/333638-ecuador-presentara-en-ginebra-los-logros-alcanzados-en-materia-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-discapacidades.html>
- Heredia, (2011). *Atención Primaria de Salud, con estrategias de Promoción de la Salud, en los Centros de atención a Personas con discapacidad del MIES y CDI MIES, en los ámbitos de higiene y agua segura, actividad física y peso saludable, y estimulación psicomotriz*. Recuperado de <http://cepra.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2718/1/Tesis%20de%20Heredia%20Calderon%20Jeanette%20Maricel.pdf>
- Keochgerián, Cuetas, Padula & Scavino, (2009). *Frecuencia de las enfermedades de la mucosa bucal en el Uruguay en niños de 0 a 14 años*. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168893392009000200005&script=sci_arttext
- Sánchez, L. (2009) Enfermedades bucodentales más frecuentes. El Diario Femenino. Recuperado de <http://www.diariofemenino.com/salud/higiene/articulos/enfermedades-bucodentales-frecuentes-verano/>
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Erradicación de la poliomiélitis*. (3ra ed.) Washington, DC: O.P.S. Recuperado de http://www.google.com.ec/search?complete/search?client=hp&hl=es&gs_rm=7&gs_ri=hp&cp=113&gs_id=4&xhr=t&q=%09Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la%20Salud%20%282005%29.%20Erradicaci%C3%B3n%20de%20la%20poliomi%C3%A9litis.%20%283ra%20ed.%29%20Washington%20DC%20O.P.S.&ech=1&psi=m09OUZ6aGdS00QGU34HQCA.1364086684294.1&emsg=NCSR&noj=1&ei=m09OUZ6aGdS00QGU34HQCA
- Carrie, Sue. 2 de Abril del 2012. *Discapacidad e inserción laboral. Eduaméricas*. Recuperado de: <http://www.educamericas.com/articulos/reportajes/discapacidad-e-insercion-laboral>
- Correa, Paz. 2012. *Discapacidad en Chile*. Fundación nacional de discapacitados. Recuperado de: <http://www.fnd.cl/discapacidadenchile.html>
- El Universo. (04 de diciembre del 2012). Las causas de discapacidad. Recuperado de: <http://www.eluniverso.com/2012/12/04/1/1364/causas-discapacidad.html>

- Periódico últimas noticias. 3 de Diciembre del 2010. *La discapacidad en Ecuador.* Periódico últimas noticias. Recuperado de <http://www.ultimasnoticias.ec/noticias/834-la-discapacidad-en-ecuador.html>

CAPÍTULO V: PROPUESTA

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

NOMBRE DEL PROYECTO

Promoción y Prevención en salud bucal dirigida a los familiares y cuidadores de los pacientes con enfermedades discapacitantes que residen en la parroquia Riochico.

FECHA DE PRESENTACIÓN

Enero 2013

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tipo Educativo.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Gobierno Autónomo de Riochico, de la parroquia Riochico.

JUSTIFICACIÓN

La discapacidad causa diferentes formas de restricción en la vida de los individuos trayendo consigo significativas limitaciones de desarrollo en el entorno

en que se desenvuelven. Generalmente los pacientes para satisfacer sus necesidades requieren de personas cercanas a ellos quienes han asumido la responsabilidad de velar por su bienestar, aquellas personas quienes están dispuestos a poner todo su esfuerzo para suplir las necesidades de los pacientes merecen que le brindemos todo nuestro apoyo y admiración. Además los familiares necesitan que se les oriente en cuanto al cuidado de las estructuras bucodentales de los pacientes discapacitados, es por ésta y muchas razones que es de suma importancia ejecutar la presente propuesta dirigida hacia los familiares cercanos de los pacientes que tienen alguna enfermedad discapacitante.

Este proyecto se justifica porque después de haber realizado el trabajo de investigación se demostró que los pacientes discapacitados presentan una elevada prevalencia de hábitos parafuncionales y lesiones autoinducidas por diferentes razones, además son un grupo en los que predominan las enfermedades bucales comunes como lo son las caries y enfermedad periodontal y la pérdida dental temprana, todo esto se suma a las limitantes que éstos pacientes tienen para realizar sus actividades cotidianas y por qué no mencionar la falta de control sobre sí mismos y sobre la ejecución de buenos hábitos de higiene bucal debido a las mismas limitaciones.

Muchas veces los familiares no asumen el control total y estricto de los hábitos de higiene de los pacientes por la constancia que implica y por el difícil manejo del comportamiento de los mismos por lo que se consideró importante difundir capacitaciones a los familiares sobre el papel preponderante que ellos juegan en

el desarrollo de los discapacitados y en el mantenimiento de la salud general aspecto indispensable en el control de la salud bucal. Éste proyecto tiene la factibilidad necesaria ya que brinda la información de salud adecuada para los pacientes y sus familiares y está al alcance económico de las investigadoras.

MARCO INSTITUCIONAL

Riochico es una parroquia rural perteneciente al cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí, está situado a una altura de 557 metros sobre el nivel del mar, tiene un aproximado de 13,685 habitantes pertenecientes a todos los sitios que posee en toda su extensión. Riochico debe su nombre a su propio río que cubría todo el valle de la Gran Pampa del Tintal en época de la Colonia. Su fecha de fundación es incierta, no existe, pero se cree que fue a finales del siglo XVI.

Ésta comunidad pasó por diferentes nombres desde que su fundador español José Manuel Guerrero del Barco en época de la Colonia le llamó “Los Tintales” o “Pampas del Tintal”, luego a finales del Siglo XVIII se llamó “Santa Bárbara”, a principios del siglo XIX de la Gran Colombia con la Ley de División Territorial de 1824 se llamó “Riochico” obteniendo la categoría de viceparroquia y el 13 de Mayo de 1861 en el Gobierno de Gabriel García Moreno se eleva a la categoría de parroquia rural del cantón Portoviejo. En el siglo XIX fue uno de los pueblos mas importantes de Manabí desde luego lo llamaron “La Joya de Manabí” por ser considerado como la capital económica por su comercio en importación y exportación de productos.

En cuanto a su población en general, los habitantes reciben atención médica proveniente de Casas de Salud: Seguro Social Campesino, Consultorios Médicos y Odontológicos Particulares y el Centro de Salud, éstas casas de salud ofrecen atención odontológica a personas con enfermedades discapacitantes que les impiden llevar un ritmo de vida adecuado en el medio en que se desenvuelven. En la Parroquia Riochico la prevalencia de enfermedades discapacitantes es significativa, según estudios previos realizados por el Conadis estima que en la Parroquia Riochico existen aproximadamente 330 personas con distintas discapacidades y 108 correspondientes a discapacidad intelectual de leve a severa que en total son 222 aproximadamente.

El Centro de Salud Riochico empezó a funcionar el 20 de Agosto de 1969, junto al Departamento de Policía y la oficina del Registro Civil en la calle 10 de agosto, sus fundadores fueron la Sra. Modesta Balda Murillo y el médico rural Fortunato Navia Aray, en el año 1976 empezó a laborar la Sra. Ruth Arteaga Santana. En 1980 luego de la expropiación de los terrenos de la familia Vera en la calle 24 de Mayo entre 10 de Agosto y Olmedo fue construido el Centro de Salud donde funciona hasta la actualidad. En 1983 se crea el departamento de odontología, en el cual empezó a laborar como odontóloga rural la Dra. Emérita de Angulo.

Actualmente permanece en los predios donde se construyó en la Calle 24 de Mayo entre 10 de Agosto y Olmedo, dicha casa de Salud cuenta con mejor adecuación teniendo en funcionamiento el Departamento de Dirección en el que labora el Dr. David Molina Alvarado como Autoridad, el Área de Recepción, el Área de Preparación de Enfermería, el Departamento de Vacunación, tres

consultorios médicos, el Departamento odontológico conformado por la Dra. Natalia Sánchez y la Lcda. Jahaira Perero, una farmacia, un Departamento de Malaria y cuenta con una ambulancia.

Las visitas domiciliarias a los pacientes discapacitados se llevan a cabo con frecuencia y es una labor desempeñada por la Dra. Natalia Sánchez (odontóloga) y la Dra. Beatriz Bravo (médico) quienes son parte del programa EBAS y ofrecen gran información en cuanto al tipo de discapacidad, la gravedad, la situación económica del paciente y su familia, las consecuencias bucales producto de la discapacidad, la interacción del paciente con el medio social en que se desarrollan, la educación respectiva que reciben, la inclusión económica y social a la que los pacientes tienen acceso de acuerdo a las políticas de estado actuales.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

- Educar a los familiares de los pacientes que padecen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico sobre lesiones bucales más comunes es los pacientes con discapacidades.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Capacitar a los familiares de los pacientes con enfermedades discapacitantes sobre las lesiones bucales que podrían tener los pacientes con enfermedades discapacitantes.
- Fomentar en los familiares la necesidad de adoptar medidas para mejorar la condición de salud bucal de los pacientes.
- Incentivar a los familiares a cooperar en el mantenimiento de la salud general de los pacientes ya que de eso depende el mejoramiento de la salud bucal de los mismos.
- Concienciar a los familiares sobre las lesiones que presentan frecuentemente los pacientes con discapacidades.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Mediante la investigación realizada se observó que los pacientes que padecen enfermedades discapacitantes son un grupo susceptible de la parroquia Riochico y están en constante riesgo de padecer lesiones bucales, razón por la cual se ha convertido en una necesidad difundir por medio de la propuesta educativa recomendaciones generales sobre la salud bucal de los pacientes con enfermedades discapacitantes, incentivar a los familiares que son un pilar fundamental a que contribuyan en el cuidado de la salud bucal y que estén

presto asumir el reto de suplir las necesidades de los pacientes con enfermedades discapacitantes.

Se realizará un programa educativo e informativo sobre las lesiones bucales más prevalentes, además de incentivar a los familiares de los pacientes a interesarse más por la salud bucal de los mismos, es importante mencionar métodos de prevención de las lesiones bucales autoinducidas considerando que el grupo de pacientes tienen diversas enfermedades y que cada método se lo aplicaría de diferente forma, por ejemplo: si prevenir las lesiones bucales depende del suministro de fármacos al paciente el familiar pondría más interés en que no le falten los mismos y que se los den en la hora correcta.

El familiar asumiría un papel fundamental en el control de la higiene general y bucal, de la alimentación, la educación de los pacientes que incrementa el nivel de desenvolvimiento en su medio y por qué no mencionar la recreación, aspecto importante que directa e indirectamente influye en el comportamiento de los mismos y de esa manera se podría también controlar los hábitos autolesivos.

En dicho programa se proyectará una conferencia de salud bucal a los asistentes, se entregarán trípticos a los familiares, pacientes, personal de salud y autoridades de la parroquia, se educará a los asistentes sobre la importancia del cuidado bucal de los pacientes evitando la aparición de lesiones bucales, por último se brindará un refrigerio a los asistentes.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos serán los pacientes con enfermedades discapacitantes que acuden a recibir atención en el Centro de Salud Riochico, y los beneficiarios indirectos serán los familiares, llegando a ellos con la finalidad de educarlos para mejorar las condiciones de salud bucal de los pacientes y el desenvolvimiento de los mismos en el medio en que se desarrollan.

DISEÑO METODOLÓGICO

Para el cumplimiento de los objetivos se realizarán las siguientes actividades:

Reunión con el Director y el Odontólogo del Centro de Salud Riochico y Autoridades del Gobierno Autónomo de Riochico para la socialización de la Propuesta Alternativa.

Elaboración de un cronograma de trabajo.

Charla sobre salud general y bucal a los familiares de los pacientes con enfermedades discapacitantes.

Recomendaciones sobre cuidado bucal de los pacientes discapacitados desde su nacimiento hasta la etapa adulta.

Entrega de trípticos informativos a los pacientes y familiares de pacientes con enfermedades discapacitantes para una mejor difusión de la información.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENERO			
	22	23	24	25
Reunión con las autoridades del Centro de Salud y Gobierno Autónomo de Riochico	X			
Elaboración del plan de cada temática	X			
Socialización de la propuesta		X		
Elaboración de trípticos			X	
Charlas educativas				X
Entrega de trípticos				X

PRESUPUESTO

El costo aproximado es de \$ 110,00

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Difusión de la convocatoria	1	Dólar	20,00	20,00
Trípticos	100	Unidad	0,35	35,00
Refrigerios	100	Unidad	0,40	
Viáticos	10	Dólar	0,50	
Subtotal				100,00
Imprevistos		10%		10,00
Total				110,00

SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con la colaboración de las Autoridades del Gobierno Autónomo de Riochico, el Director del Centro de Salud y el grupo de profesionales como el médico tratante de cada paciente discapacitado y la Odontóloga, a la vez se cuenta con la colaboración de los familiares de los pacientes que padecen enfermedades discapacitantes. El uso de los materiales educativos que se entregarán contribuirá en la información a las personas en general. También despertará el interés en los lectores de mantener en óptimas condiciones su cavidad bucal, también servirá para proporcionar información sobre los tratamientos dentales que brinda el Departamento de Odontología, y demás consejos que ayudarán a sobrellevar el duro y satisfactorio reto de asistir a un familiar con discapacidad.

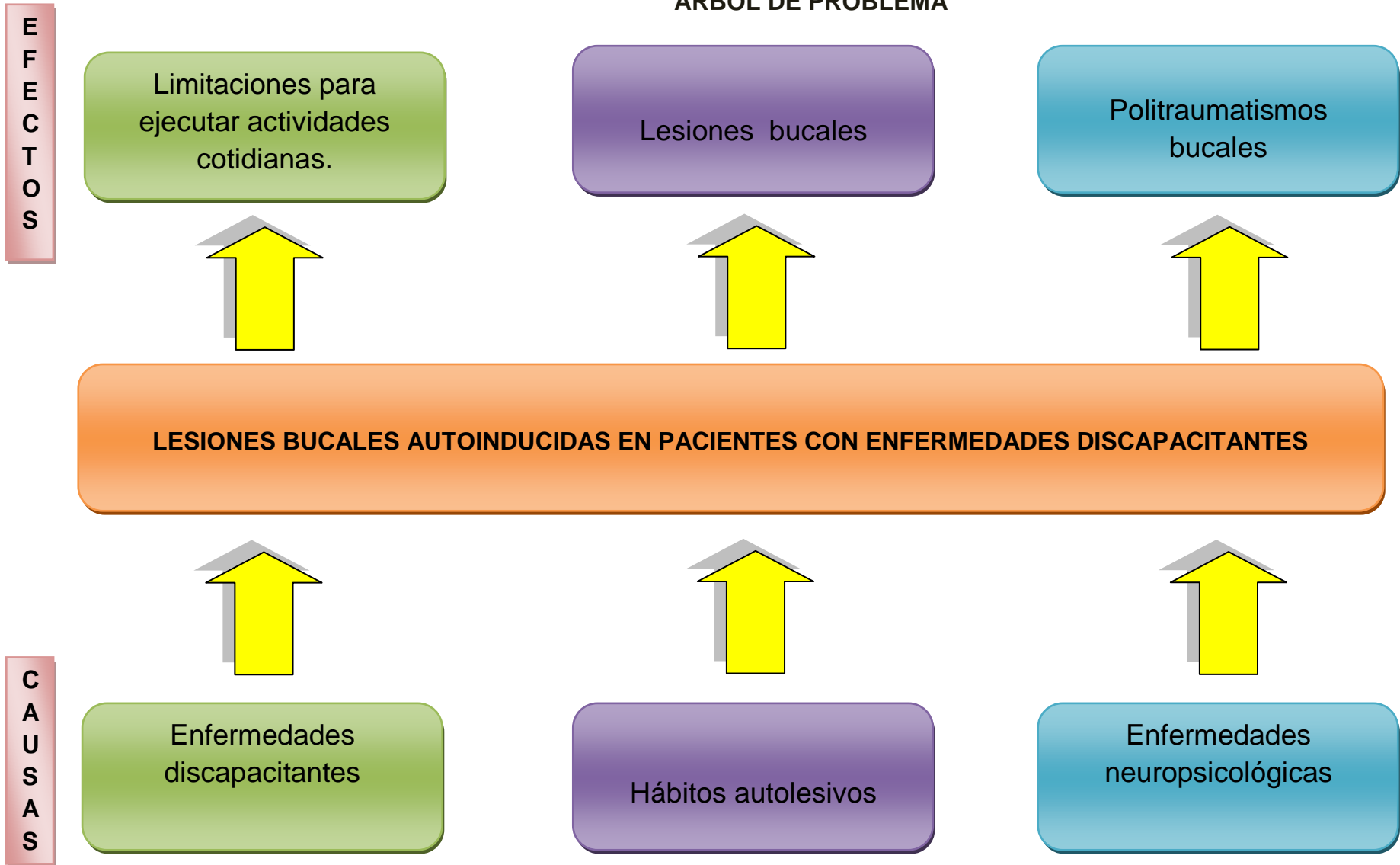
FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta será financiada por medio de autogestión por parte de las investigadoras.

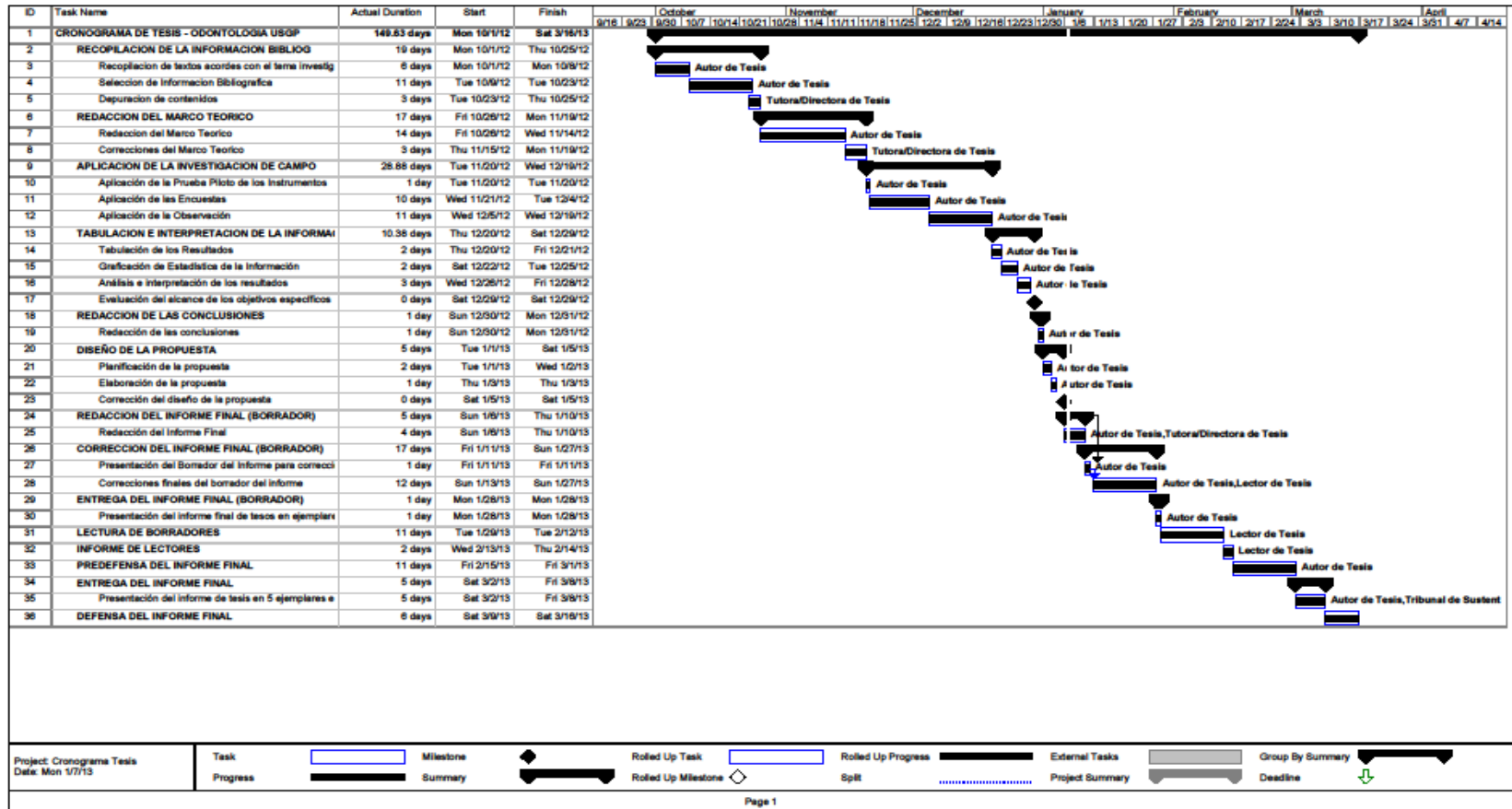
ANEXOS

ANEXOS 1

ÁRBOL DE PROBLEMA



CRONOGRAMA



PRESUPUESTO

ELEMENTOS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
Impresiones	2914	Unidad	0,20	582,80	582,80
Fotocopias	2300	Unidad	0,03	69,00	69,00
Papel	6	Resma	4,00	24,00	24,00
Internet mes	20	Horas	1,00	20,00	20,00
Materiales de Oficina	14	Unidad		12,00	12,00
Pen drive	1	Unidad	10,00	10,00	10,00
Viáticos		Dólar		200,00	200,00
Guantes	2	Cajas	8,00	16,00	16,00
Mascarillas	1	Caja	4,00	4,00	4,00
Espejos	10	Unidad	4,00	40,00	40,00
Anillados	6	Unidad	1,20	7,20	7,20
Empastados	5	Unidad	7,00	35,00	35,00
Subtotal					1020,00
Imprevistos			102,00	102,00	102,00
Total					1122,00

ANEXOS 2

FORMULARIO DE ENCUESTA



Encuesta dirigida a familiares o a personal que asiste a los pacientes que tienen enfermedades discapacitantes atendidos en el Centro de Salud Riochico.

La siguiente encuesta debe desarrollarse con sus conocimientos.

Marque con una X una o varias opciones dependiendo del tipo de pregunta.

Persona responsable de llenar ésta encuesta: Paciente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Edad del paciente: <input type="text"/>

1. INDIQUE EL TIPO DE DISCAPACIDAD QUE POSEE:

Física Intelectual Neuropsicológica

2. EL TIPO DE DISCAPACIDAD QUE TIENE, ¿LE DIFICULTA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS?

Si No

3. LA ENFERMEDAD DISCAPACITANTE QUE TIENE, ¿LE IMPIDE REALIZAR SU HIGIENE BUCAL DIARIA?

Si

No

4. ¿EL PACIENTE TIENE O HA TENIDO ALGÚN COMPORTAMIENTO AGRESIVO COMPULSIVO CONSIGO MISMO O CON LOS DEMÁS?

Si

No

5. ¿EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO Y CONVULSIVO DEL PACIENTE DURANTE LA ENFERMEDAD DISCAPACITANTE LE HA PROVOCADO U OCASIONÓ LESIONES EN LA BOCA?

Si

No

6. ¿QUÉ TIPO DE LESIONES PRESENTA EL PACIENTE DENTRO DE LA BOCA CON MAYOR FRECUENCIA?

Mordeduras en labios

Mordeduras en la lengua

Mordeduras en mejillas o cachetes

Heridas en las encías

Heridas en el paladar

Desgaste de los dientes

Fractura de dientes

Pérdida de dientes

7. ¿CUAL ES LA CAUSA O HÁBITO QUE LE PROVOCA DAÑOS O LESIONES EN LA BOCA CON FRECUENCIA?

Lesiones de la boca por succionarse los dedos

Lesiones en la boca por morderse las uñas

Lesiones de la boca por mordeduras

Lesiones por rechinar de los dientes

Lesiones de la boca por caídas

Lesiones por llevarse objetos a la boca

FICHA DE OBSERVACIÓN



UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

FICHA DE OBSERVACIÓN

DATOS PERSONALES:

Nombres	Apellidos	Sexo	Edad

Dirección	Teléfono	Tipo de Discapacidad/Enfermedad.	%

ENFERMEDAD CAUSANTE DE LA DISCAPACIDAD:

Hidrocefalia	Retraso mental	Parálisis cerebral
ACV	S. Down	Esquizofrenia
Lesión medular	S. de Crouzon	Epilepsia
Poliomielitis	S. Alcohólico fetal	Autismo

OBSERVACIONES:.....

EXAMEN DE LAS ESTRUCTURAS EN LAS QUE SE ENCONTRÓ LESIONES:

Labios	Dientes y hueso alveolar
Mejillas o carillos	Paladar
Encías	Piso de la boca
Lengua	Piel y tejidos peri bucales

TIPOS DE LESIONES ENCONTRADAS:

Manchas	Movilidad dental	Desgaste dentario generalizado
Erosiones	Fracturas dentales	Desgaste dentario localizado
Fisuras	Gingivitis artefacta	Laceraciones por mordeduras
Mucoceles	Retracción gingival	Fractura del hueso alveolar
Fibromas	Úlceras o aftas	Cicatriz

ANEXOS 3



Fig. 1. Paciente con succión digital onicofagia



Fig. 2. Paciente con



Fig. 3. Paciente con bruxismo mordeduras



Fig. 4. Paciente con



Fig. 5. Paciente con epilepsia.



Fig. 6. Paciente esquizofrénico.

ANEXOS 4



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

CERTIFICACIÓN

Abogada Julia Morales Loor, Secretaria Académica de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo tengo a bien certificar:

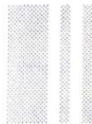
Que, la estudiante CEDEÑO QUIROZ ROSARIO ELIZABETH presentó ante el H. Consejo Académico de esta Carrera de Odontología el tema de su proyecto de Tesis de Grado que versa sobre “ENFERMEDADES DISCAPACITANTES Y SU RELACION CON LESIONES BUCALES AUTOINDUCIDAS”, el mismo que fue aprobado y se encuentran realizando la investigación de campo, para lo cual requiere utilizar los libros de la Biblioteca Digital.

Es todo cuanto puedo certificar, en base a los archivos correspondientes.

Portoviejo, 14 de agosto de 2012.

Ab. Julia Morales Loor
SECRETARIA ACADEMICA
DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA





Nº 0029346

Especie Valorada

\$ 2.00



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PROYECTO DE TESIS.

TEMA: Investigación de enfermedades discapacitantes y su relación con las lesiones
bucales autoinducidas.

ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ
VANESSA KATHERINE CEDEÑO MENDOZA

2012-2013

	UNIVERSIDAD SAN GREGORIO PORTOVIEJO
RECIBIDO:	3/10/2013
TRÁMITE:	.....
FECHA:	..... 20
FIRMA:	<i>Jals</i>



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA ODONTOLOGIA

Portoviejo, 30 de Noviembre de 2012
ODO - OF. -927 - 2012

Doctor
David Molina Alvarado
Director del Centro de Salud de Riochico - Portoviejo
Ciudad.-

Señor Director:

Una vez que ha sido aceptado el Proyecto de Tesis de las Egresadas: ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ, y VANESSA KATHERINE CEDEÑO MENDOZA, y atendiendo a su pedido, le solicito les permita realizar: LA HISTORIA CLINICA Y FICHA DE OBSERVACION a los pacientes con enfermedades discapacitantes, en el Centro de Salud que usted dirige.

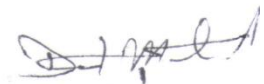
Actividad necesaria para cumplir la investigación de campo, previo a la obtención del Título de ODONTOLOGA.

De usted muy atentamente,


Dra. Ximena Guillén Vivas, Mg. Sp.
COORDINADORA CARRERA ODONTOLOGIA



Recibido
4-12-12



cc. archivo

Portoviejo, 23 de enero de 2013

Dr.
David Molina Alvarado
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA RIOCHICO.
Ciudad.

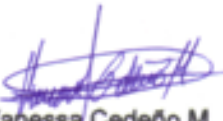
En su despacho.

Reciba un caluroso saludo y augurando éxito en cada una de las actividades cotidianas que emprende en bien de la salud.


Queremos ante todo darle a conocer que gracias a su apoyo y acceso a la información de los pacientes con enfermedades discapacitantes ya estamos culminando con nuestro trabajo investigativo "*Enfermedades discapacitantes y su relación con las lesiones bucales autoinducidas*" previo a la obtención del título de Odontólogas por ello para nosotras es un honor invitarle a Ud. y a sus colegas de trabajo, para el desarrollo de nuestra propuesta alternativa que se llevara a cabo el día viernes 25 de enero a las 15h00, en los predios de la junta parroquial que va dirigida a los familiares y comunidad para mejoras de las personas con enfermedades discapacitantes.

Contando con su presencia le agradecemos de antemano.

Atentamente


Vanessa Cedeño M.
Egda. de Odontología




Rosario Cedeño Q.
Egda. de Odontología

Portoviejo, 23 de enero de 2013

Abg.
Wilmer Alarcón Zevallos
PRESIDENTE DE LA JUNTA PARROQUIAL DE RIOCHICO.
Ciudad.

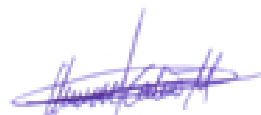
En su despacho.

Reciba un caluroso saludo y augurando éxito en cada una de las actividades cotidianas que emprende en bien de la comunidad portovejense.

Queremos ante todo darle a conocer que estamos culminando con nuestro trabajo investigativo "Enfermedades discapacitantes y su relación con las lesiones bucales autoinducidas" previo a la obtención del título de Odontólogo y gracias al apoyo del Centro de Salud hemos logrado plantear una propuesta que va dirigida a los familiares y el resto de la comunidad que desee ser participe para mejoras en la salud bucodental de las personas con enfermedades discapacitantes. Mencionando éste acontecimiento le solicito a usted que nos ayude facilitándonos las instalaciones el día viernes 25 de enero de 2012 a las 15H00 pm para llevar a cabo la charla y a la vez le invitamos para que sea participe de éste evento.

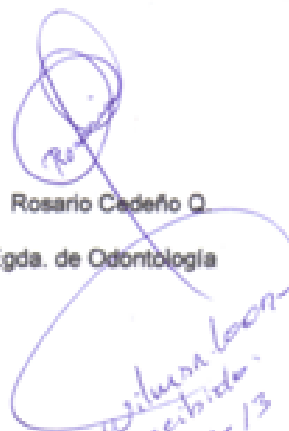
Contando con su presencia le agradecemos de antemano.

Atentamente



Vanessa Cedeño M.

Egda. de Odontología



Rosario Cedeño Q.

Egda. de Odontología

Wilmer Alarcón
Recibido
23-01-13

ANEXOS 5



Fig. 7. Paciente con Síndrome de Down con carnet del Conadis

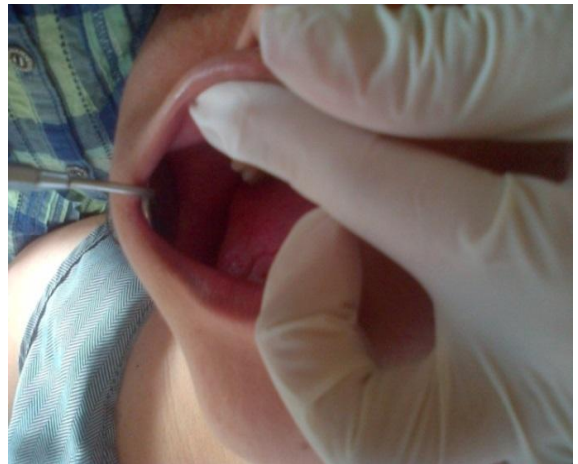


Fig. 8 y 9. Revisión bucal de paciente con Síndrome de Down en la que se observó lesiones traumáticas.



Fig. 10 y 11. Paciente con retraso mental y epilepsia.



Fig. 12 y 13. Revisión bucal de paciente con retraso mental y epilepsia.





Fig. 15. Pacientes epilépticas pertenecientes a una misma familia.



Fig. 16 y 17. Paciente epiléptica que presenta fisuras en labios y lesiones autoinducidas a nivel del cuello.



Fig. 18 y 19. Lesiones autoinducidas en extremidades superiores.

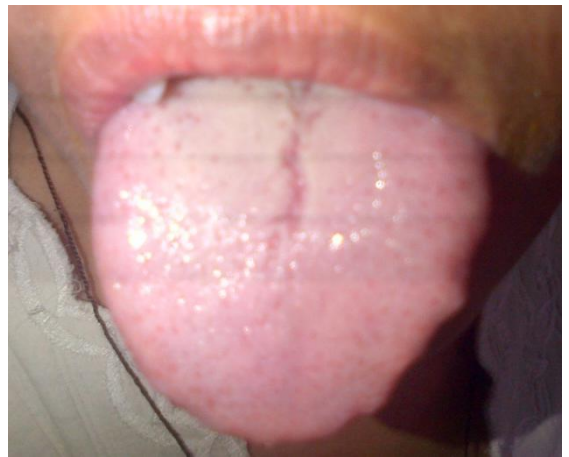


Fig. 20, 21, 22 y 23. Revisión bucal a paciente epiléptica.



Fig. 24. Paciente con parálisis cerebral.



Fig. 25, 26, 27 y 28. Cicatrices que ponen de manifiesto la conducta autolesiva del paciente con parálisis cerebral.



Fig. 29. Carnet de paciente con parálisis cerebral emitido por el Conadis.



Fig. 30 y 31. Paciente son parálisis cerebral y la evidencia de autoagresión.



Fig. 32 y 33. Revisión bucal a paciente con parálisis cerebral.



Fig. 34. Paciente con esquizofrenia



Fig. 35. Pacientes con parálisis cerebral que pertenecen a una familia.



Fig. 36. Paciente con parálisis cerebral



Fig. 37. Paciente con secuelas a causa de la poliomielitis



Fig. 38. Pacientes con Síndrome alcohólico fetal



Fig. 39 y 40. Pacientes con Discapacidad Intelectual



Fig. 41. Paciente con hidrocefalia



Fig. 42 y 43. Familia que padece el Síndrome de Crouzon. (se puede observar el aumento del tamaño del cráneo en el paciente de la foto 43.

Desarrollo y Ejecución de la Propuesta

“Cuidando tu salud”



Fig. 44 y 45. Trípticos y disco elaborados para la propuesta.



Fig. 46. Intervención del Dr. David Molina Director del Centro de Salud Riochico durante la conferencia.



Fig. 47 y 48. Momentos en que se llevó a cabo la ejecución de la propuesta alternativa por parte de Vanessa Cedeño y Rosario Cedeño.