



Intervención educativa para favorecer la salud del primer molar permanente en niños con retraso mental

Educative intervention to help permanent first molar's health, in mentally retarded children

Lilliam María Ramón-Leiva^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1888-058X>

Norys Tan-Suárez² <https://orcid.org/0000-0002-6328-0631>

Gretel Lillyam Balseiro-Leiva⁴ <https://orcid.org/0000-0002-5056-8281>

¹Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba.

²Máster en Atención en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer y Segundo Grados en Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba.

³Máster en Atención en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y en Ortodoncia. Profesor Instructor. Clínica Estomatológica Centro. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: lilliamrl@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: la destrucción parcial, total, o pérdida de los primeros molares permanentes repercute negativamente en el desarrollo y crecimiento maxilofacial. Para evitarla la higiene bucal adecuada es fundamental.

Objetivo: evaluar la efectividad de una intervención educativa para modificar prácticas perjudiciales a la salud del primer molar permanente, en niños con retraso mental.

Métodos: se realizó un estudio cuasiexperimental en niños con retraso mental, matriculados en la Escuela Especial “Nguyen Van Troi” del municipio Camagüey, durante el período de septiembre de





2016 a marzo de 2017. Se trabajó con una población de 26 niños con retraso mental leve y moderado, que no presentaron trastornos auditivos o visuales, cuyos padres o tutores firmaron el consentimiento informado para su participación en la investigación. La investigación constó de tres etapas: diagnóstico, intervención educativa y evaluación. Se cumplieron los principios éticos

Resultados: 65,38 % presentaban primeros molares permanentes en estado satisfactorio y 34,62 % insatisfactorio. Antes de la intervención, 69,23 % tenían niveles de información malos sobre salud bucal, la higiene bucal en 76,92% era mala, y en 23,10%, regular. Después, 38,46% registraron buenos niveles de información, 46,15% regulares, y 15,38% malos. La higiene bucal resultó buena en 26,92% de los niños, regular en 50,00 % y mala en 23,08 %. De estos últimos, cuatro presentaron niveles de información catalogados de malos.

Conclusiones: la intervención educativa fue efectiva para modificar prácticas perjudiciales a la salud del primer molar permanente en niños con retraso mental.

Palabras clave: DIENTE MOLAR; DENTICIÓN PERMANENTE; NIÑO; DISCAPACIDAD INTELECTUAL; EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL; PROMOCIÓN DE LA SALUD.

ABSTRACT

Introduction: the partial, total, or loss of the first permanent molars has a negative impact on maxillofacial development and growth. To avoid it, proper oral hygiene is essential.

Objective: to evaluate the effectiveness of an educational intervention to modify practices that are detrimental to the health of the first permanent molar in children with mental retardation.

Methods: a quasi-experimental study was carried out in children with mental retardation, enrolled in the Special School "Nguyen Van Troi" of Camagüey municipality, during the period from September 2016 to March 2017. It worked with a population of 26 children with mild and moderate mental retardation, who did not present hearing or visual disorders, whose parents or guardians signed the informed consent for their participation in the research. The research consisted of three stages: diagnosis, educational intervention and evaluation. Ethical principles were met

Results: 65,38 % had first permanent molars in satisfactory condition and 34,62 % unsatisfactory. Before the intervention, 69,23% had poor levels of information about oral health, oral hygiene in 76,92 % was poor, and in 23,10%, regular. Afterwards, 38,46% registered good levels of information, 46,15





% regular, and 15,38% bad. Oral hygiene was good in 26,92% of the children, regular in 50,00% and poor in 23,08%. Of these last, four presented levels of information classified as bad.

Conclusions: the educational intervention was effective in modifying practices harmful to the health of the first permanent molar in children with mental retardation.

Keywords: MOLAR; DENTITION, PERMANENT; CHILD; INTELLECTUAL DISABILITY; EDUCATION OF INTELLECTUALLY DISABLED; HEALTH PROMOTION.

Recibido: 16/07/2020

Aprobado: 10/12/2020

INTRODUCCIÓN

La destrucción parcial, total, o pérdida de los primeros molares permanentes repercute negativamente en el desarrollo y crecimiento maxilofacial. Puede desencadenar masticación unilateral como hábito grave en el sistema, sobreerupción del antagonista –la cual genera contactos prematuros–, alteraciones en los tejidos periodontales, rotaciones e inclinaciones entre los dientes continuos y, en consecuencia, desórdenes temporomandibulares.⁽¹⁾

La promoción de la salud bucal es de vital importancia en todos los casos. En particular, en niños con limitaciones de algún tipo, como aquellos con retraso mental que se encuentran en edad escolar, la labor promotora tiene como finalidad educarlos y estimularlos para que ganen conciencia sobre su salud oral. De este modo es posible prevenir diversas enfermedades como la caries dental y asegurarles un futuro promisorio de salud y bienestar.^(2,3)

Hay que tener en cuenta que la modificación de estilos de vida perjudiciales es más complicada en estos pacientes, debido a sus limitaciones.^(2,3) Ello motivó la realización de este estudio con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención educativa para modificar prácticas perjudiciales a la salud del primer molar permanente, en niños con retraso mental de la escuela especial “Nguyen Van Troi” del municipio de Camagüey.



MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental en niños con retraso mental, matriculados en la Escuela Especial “Nguyen Van Troi” del municipio Camagüey, durante el período de septiembre de 2016 a marzo de 2017. Se trabajó con la población de 26 niños con retraso mental leve y moderado, que no presentaron trastornos auditivos o visuales, cuyos padres o tutores firmaron el consentimiento informado autorizando la participación de sus hijos en la investigación. Los pacientes y sus familiares fueron informados acerca de las características de la investigación y de la posibilidad de retirarse en cualquier momento.

Se respetó la integridad de los participantes en la investigación, y se aseguró la confidencialidad de los datos obtenidos, usados solo con fines científicos, sin revelar las identidades de los niños. Se cumplieron todos los preceptos éticos establecidos por la *Declaración de Helsinki*⁽⁴⁾ para los estudios con seres humanos. Todas las actividades se realizaron en presencia de personal docente del centro educativo.

Las investigadoras solicitaron autorización a la Dirección Provincial de Educación para la realización del estudio, y se firmó un convenio entre las direcciones municipales del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud Pública, para garantizar la atención curativa a aquellos niños que la precisaran.

La investigación constó de tres etapas. La primera dedicada al diagnóstico, la segunda a la intervención educativa propiamente dicha y la tercera, a la evaluación.

En el diagnóstico se identificaron los niveles de información de los niños sobre cuidados bucales, para lo cual se empleó un formulario creado como registro primario de la investigación, validado por expertos. Se determinó el grado de higiene bucal por medio del índice de Love, para cuyos efectos se consideró buena si al finalizar la intervención las superficies manchadas fueron menos de 20%, regular entre 20 % y 30 %, y mala más del 30 %. El estado de salud de los primeros molares se estableció mediante el índice de Clune.⁽⁵⁾

El diseño de la intervención educativa se basó en los datos obtenidos y aplicó mediante juegos didácticos para transmitir mensajes educativos que facilitarían la adquisición de los conocimientos por los niños.

En el primer encuentro se hizo una presentación de la intervención y sus objetivos de forma clara y sencilla. Se utilizó una dinámica de presentación, iniciada por la investigadora principal, en la cual cada persona dijo su nombre, edad y el sabor de helado que más le gustaba. Posteriormente, se mostraron

láminas con representaciones gráficas de las estructuras de la cavidad bucal (los dientes, las encías y la lengua). Se propuso su palpación por parejas de niños, con el empleo de guantes, pues los órganos de los sentidos más desarrollados en ellos son la visión y el tacto.

En el segundo encuentro se realizaron preguntas sobre la actividad anterior. Los niños conformaron el rompecabezas "¿Sano o enfermo?", previamente a una charla educativa sobre la forma y frecuencia correctas de ejecutar la higiene bucal, su importancia para evitar la aparición de las caries dentales y otras enfermedades estomatológicas. Se emplearon modelos de yeso, cepillos dentales y láminas como apoyo didáctico. Al finalizar el encuentro, a los niños se les entregaron marcadores con mensajes educativos en imágenes.

En el tercer encuentro se pusieron en práctica los conocimientos del anterior. Se utilizaron las pastillas de *placdent* para teñir los dientes a los niños y explicarles qué es la placa dentobacteriana, su relación con la caries dental, y cómo eliminarla. Se comprobó lo aprendido mediante tres preguntas: ¿quién es el mejor amigo de tus dientes?, ¿cuántas veces debes cepillarte al día?, ¿para qué cepillas tus dientes? Se concluyó la sesión con el juego y la canción "Vamos a limpiar los dientes".

El cuarto encuentro comenzó con la canción aprendida en la actividad anterior. Se les presentó el cuento "La muelita comilona" como introducción a un conversatorio sobre las dietas cariogénica y saludable, y su relación con la caries dental. Para concluir, se presentó el juego "¿Qué debo comer?".

En el quinto encuentro se realizaron preguntas de control para verificar los conocimientos de los niños sobre higiene y las dietas saludable y cariogénica. Se realizó el juego "Iguales o diferentes", y se impartió una charla educativa sobre dentición temporal y permanente. Se terminó con la pregunta "¿de los dientes de "hueso" cuál es el primero que sale?"

El sexto encuentro se inició con la repetición de las preguntas finales de la actividad anterior. Mediante modelos de yeso, se les explicó a los niños cuál es el primer molar permanente, dónde se ubica en la arcada dentaria, y por qué es importante. Se empleó el juego "¿Dónde está mi casa?".

En el séptimo encuentro se puso en práctica lo aprendido en los anteriores con el juego "Silba con salud", para el cual se formaron tres equipos con sus respectivos capitanes. A cada capitán se le entregó un silbato, y ellos eligieron un miembro de sus grupos respectivos para que pasara al frente, a los cuales les entregaron los silbatos. El guía del juego hizo una pregunta. El primero de los dos miembros del equipo que silbó tuvo derecho a contestar. Ganó el equipo de mayor puntuación.

En el octavo y último encuentro, se ejercitaron los conocimientos con el juego "Mi meta es la salud

bucal".

Para evaluar la efectividad de la intervención educativa, se aplicaron nuevamente el formulario y el índice de Love a los niños, y se compararon sus resultados con los obtenidos antes. Ello permitió determinar los cambios operados en cada paciente. Se consideró la intervención efectiva si más de 70% de los niños alcanzaban niveles de información y de higiene bucal calificables de buenos y regulares.

Los resultados se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 21 para *Windows*. Se realizaron distribuciones de frecuencia a todas las variables en estudio, y se presentaron los resultados en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

De los pacientes estudiados, 65,38 % presentaban primeros molares permanentes en estado satisfactorio, y 34,62 % insatisfactorio. De estos últimos 23,08 % fueron niños retrasados mentales moderados (Tabla 1).

Tabla 1 – Distribución de los niños según el grado de retraso mental y el estado de salud del primer molar permanente

Grado de retraso mental	Estado de salud del primer molar permanente			
	Satisfactorio		Insatisfactorio	
	No.	%	No.	%
Leve	15	57,69	3	11,54
Moderado	2	7,69	6	23,08
Total	17	65,38	9	34,62

Fuente: índice de Clune

Antes de la intervención, 69,23 % de los investigados tenían un nivel de información malo sobre su salud bucal y 30,80% un nivel regular. Después de la intervención, 38,46% lograron niveles buenos y solo 15,38% quedaron con niveles malos (Tabla 2).

Tabla 2 - Niveles de información sobre salud bucal de los niños antes y después de aplicada la intervención educativa

Nivel de información	Intervención educativa	
	Antes	Después

	No.	%	No.	%
Bueno	0	0,00	10	38,46
Regular	8	30,77	12	46,15
Malo	18	69,23	4	15,38
Total	26	100,00	26	100,00

Fuente: formulario

La higiene bucal de los niños antes de la intervención educativa no fue buena en ningún caso; de hecho, en 76,92 % se valoró de mala. Después de a la intervención, 26,92 % lograron buena higiene bucal, 50,00% regular y solo 23,08% mala. De estos últimos seis, cuatro también habían presentado niveles de información calificados de malos (Tabla 3).

Tabla 3 – Evaluación de la higiene bucal de los niños en estudio antes y después de la intervención educativa

Higiene bucal	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Buena	0	0,00	7	26,92
Regular	6	23,08	13	50,00
Mala	20	76,92	6	23,08
Total	26	100,00	26	100,00

Fuente: índice de Love

Al comparar los datos obtenidos antes y después de la intervención educativa, en cuanto a los niveles de información y la calidad de la higiene bucal, se determinó que para 76,90% de los participantes en el estudio la intervención educativa fue efectiva.

DISCUSIÓN

La atención primaria de salud a pacientes discapacitados debe constituir un conjunto debidamente racionalizado de maniobras a aplicar, tanto en ellos como en el medio familiar y social de cada uno. De esa integración dependerá la elevación de los niveles de salud bucodental, y esa tarea corresponde a la propia comunidad y a los sistemas sanitarios responsabilizados con ella.

A los pacientes con retraso mental les es más difícil mantener un estado de salud bucal satisfactorio

dadas sus características. No obstante, ello no es imposible y así lo demuestran los resultados del presente estudio, contradictorios respecto a los niveles de información e higiene bucal encontrados en los niños estudiados.

La mayoría de los trabajos consultados sobre intervenciones educativas en niños con algún tipo de discapacidad, no evaluaron sus niveles de información sobre salud bucal. No obstante, la observación de la mejoría en la frecuencia de cepillado y, consecuentemente, en la higiene bucal reportada por Vilvey-Pardillo⁽⁶⁾ en Sancti-Spíritus, Fernández-Carmenate y cols.⁽⁷⁾ en Camagüey y Torres-Gárriz y cols.⁽⁸⁾ en Ciego de Ávila, indica que los niños entendieron cómo ejecutar los hábitos de higiene bucal en la forma y con la frecuencia adecuadas.

La minusvalía psíquica condiciona un cambio en la capacidad de razonamiento; de ahí que la enseñanza en estos casos deba ser paulatina, para lograr éxitos en el control de las técnicas de higiene oral. No es sencillo dominar una técnica eficaz para el cepillado dental; aunque estos niños no presentan problemas dentales característicos de su condición mental, algunos de ellos no poseen la destreza manual necesaria para ello, por lo cual su higiene bucal es deficiente.^(2,8,9)

Esto, aunado a hábitos dietéticos inadecuados, hace que en ellos sean más frecuentes las caries y otras enfermedades bucales, en comparación con otros niños.^(2,8,9) El uso de procedimientos y métodos de enseñanza que tengan en cuenta estas limitaciones, desde edades tempranas, compensa estas dificultades y posibilita que los niños desarrollen las habilidades necesarias.⁽¹⁰⁻¹²⁾

En el presente estudio la mayoría de los educandos aprendió, en un período relativamente corto, buenas prácticas de higiene bucal, cuáles son los hábitos alimentarios sanos y la importancia de la visita periódica al estomatólogo para evitar la aparición de afecciones bucales como la caries dental.

Por otra parte, los padres y educadores son factores importantes en la educación de las personas con discapacidad, particularmente de aquellas con retraso mental.^(10,13,14) No todos los niños de este estudio tenían padres o familiares que respaldaran la labor educativa; en sus casos, la colaboración de los educadores resultó esencial. Por ello, el mensaje del profesional de la salud debe adecuarse al tipo de audiencia, solo así es posible su motivación para favorecer el cambio.^(10,15,16)

En este sentido, Torres-Gárriz y cols.⁽⁸⁾ lograron que 75,00 % de los niños con retraso mental ligero tuvieran una higiene bucal adecuada, a partir del empleo en sus intervenciones de juegos didácticos y la lectura de cuentos infantiles para transmitir mensajes motivadores.^(10,13)

Es importante señalar que el período de tiempo en el cual se ejecutó la intervención fue relativamente

corto; cada hábito requiere de etapas de aprendizaje y concientización de los pacientes para la adopción de actitudes positivas.⁽¹⁷⁾ Los autores consideran que estos cambios fueron posibles debido a que en la intervención se tuvieron en cuenta las características psicológicas de estos niños, y se aplicaron técnicas educativas acordes a ellas, se individualizaron los métodos, y se utilizó la repetición de hábitos y afirmaciones en cada encuentro con mayor frecuencia que la usual en otros niños. Ello fue esencial para mejorar la salud bucal de los estudiados.

La labor educativa y curativa en pacientes con retraso mental debe iniciarse desde edades tempranas; mientras más joven es la persona, más fácil serán su educación y atención, al controlar las afecciones bucales en las etapas iniciales de desarrollo. En el caso de los niños con retraso mental, la labor debe ser sistemática; el tratamiento preventivo y curativo deberá ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional que presentan, para motivarlos a cooperar.⁽¹⁸⁾

En el presente estudio, el empleo como método de enseñanza de juegos didácticos en los cuales los pequeños utilizaron sus órganos de los sentidos más desarrollados (la visión y el tacto), fue el elemento clave para lograr resultados efectivos. Otros investigadores cubanos, como Tan-Suárez y cols.⁽¹⁸⁾ y Hormigot-Baños y cols.⁽¹⁹⁾ han obtenido resultados similares.

Aguirre-Córdova⁽²⁰⁾ confirmó los buenos resultados de la aplicación en este tipo de intervenciones con juegos didácticos en un estudio con personas con síndrome de Down. Según Tan-Suárez y cols.,⁽¹⁸⁾ los programas educativos en los que se emplean adivinanzas, canciones y técnicas afectivas participativas, posibilitan una mejor comprensión y motivación de los grupos de pacientes infantiles a los cuales se dirigen. Los juegos como vehículos para enseñar hábitos correctos de salud bucal se han empleado con éxito en niños sin retraso mental durante el período preescolar.⁽¹⁾

Mientras menos profundo sea el retraso mental, el paciente podrá colaborar más en el cuidado de su salud, y viceversa. No obstante, no se debe soslayar el importante papel que juegan en ello los medios social y familiar en que se desenvuelven los niños.⁽¹⁰⁾ En el presente estudio el estado de salud satisfactorio de los primeros molares permanentes de los pacientes, fue similar al detectado en niños de la misma escuela en el año 2013.⁽¹⁸⁾

El estado dental de los niños impedidos puede relacionarse directa o indirectamente con sus impedimentos físicos o mentales,⁽²⁰⁾ pero el estomatólogo debe prestar especial atención al comportamiento y grado de madurez de cada niño para ganar su confianza y lograr su cooperación. De ese modo conseguirá que en el niño desaparezcan los miedos y acepte los tratamientos bucales como



algo natural y necesario.⁽²²⁾

Esta intervención educativa se realizó en un período de tiempo corto, lo cual no permitió analizar sus resultados a más largo plazo, teniendo en cuenta que en estos niños se requiere repetir la información en el tiempo para reforzar los hábitos de higiene bucal. Ello constituye una limitación del estudio.

CONCLUSIONES

La intervención educativa para modificar prácticas perjudiciales a la salud del primer molar permanente en niños con retraso mental, fue efectiva. Más de tres cuartas partes de los niños participantes aumentaron sus niveles de información sobre salud bucal, y la mayoría mejoró sus hábitos de higiene bucal. La investigación aportó evidencias científicas sobre el logro de niveles de información adecuados y hábitos de higiene bucal correctos, a partir de la educación con procedimientos motivadores, en niños con retraso mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fleites-Did TY, Quinteros-Fleites EJ, Castañeda-Saavedra S. Juegos específicos en preescolares para promoción y educación sobre la salud bucal. Medicentro [Internet]. 2011 [citado 24 Nov 2015];15(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/download/247/338>
2. Gómez-Porcegué Y, Loyarte-Becerril F. Comportamiento de la caries dental en el primer molar permanente en niños de 8, 10 y 12 años de los Consultorios Médicos de Familia 13, 14 y 15. Paredes, Sancti Spiritus. Gac Méd Espirit [Internet]. Jun 2008 [citado 24 Nov 2015];10(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/download/1240/1328>
3. Rodríguez-Orizondo MF, Mursulí-Sosa M, Pérez-García LM, Martínez-Rodríguez M. Estado de salud del primer molar permanente en niños de 6-11 años. Gac Méd Espirit [Internet]. Abr 2013 [citado 24 Nov 2015];12(5):37-47. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v15n1/gme06113.pdf>
4. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil,





octubre 2013. Helsinki: 18ª Asamblea Mundial; 1964 [citado 30 Ene 2016]. Disponible en:

http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELINSKI_2013.pdf

5. Garrigó-Andreu MI, Sardiña-Alayón S, Gispert-Abreu E, Valdés-García P, Legón-Padilla N, Fuentes-Balido J. Guías prácticas clínicas de caries dental. En: Sosa-Rosales MC, Garrigó-Andreu MI, Sardiña-Alayón S, Gispert-Abreu E, Valdés-García P, Legón-Padilla N, et al. Guías Prácticas de Estomatología [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 23-75 [citado 24 Nov 2015].

Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/guias_practicas_de_estomatologia/gpest01.pdf

6. Vilvey-Pardillo L. Influencia de un programa educativo de salud bucal en niños con retraso mental leve. Rev Carib Cienc Soc [Internet] Jun 2014. [Citado 03 abr 2017];6:[aprox. 15 p.]. Disponible en:

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2014/06/programa-educativo.pdf>

7. Fernández-Carmenate N, Arias-Herrera S, Muñoz-Fernández L, Travieso-Gutiérrez Y. Impacto de un programa de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero. AMC [Internet]. Ago 2007 [citado 19 Abr 2016];11(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v11n4/amc03407.pdf>

8. Torres-Gárriz LI, López-Otero E, Sardiñas-Montero E, Machado-Ramos S, Pérez-Lecha YC. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en niños con retraso mental leve. MediCiego [Internet]. 2013 [citado 24 Nov 2015];19 Supl 1:[aprox. 4 p.].

Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/download/256/2091>

9. Arias-Herrera SR, Muñoz-Fernández LM, Rodríguez-Gutiérrez G, García-Boss J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. AMC. [Internet]. Abr 2005 [citado 24 Nov 2015];9(2):144-54. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v9n2/amc150205.pdf>

10. Torres-Mahy L, Pérez-Campos YE, Pascual-Casamayor D, Noa-Deyá Y. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica “Orlando Fernández Badell”. MEDISAN [Internet]. Mar 2015 [citado 14 Oct 2015];19(3):366-74. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n3/san10193.pdf>

11. Hechavarría-Martínez BO, Venzant-Zulueta S, Carbonell-Ramírez MC, Carbonell-Gonsalves C. Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN [Internet]. Ene 2013 [citado 2 May 2014];17(1):117-25.

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n1/san15113.pdf>

12. Chung-Fernández AM, Lafarge-Gainza F. Programa educativo “Sonríe al futuro” para





adolescentes. MEDISAN. [Internet]. Oct 2012 [citado 2 May 2014];16(10):1638-50. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n10/san201012.pdf>

13. Navarro-Pérez I, Lara-Villa M, Navarro-Pérez D. Caracterización de la autoestima en los pacientes discapacitados de 9 a 11 años, con retraso mental moderado. MediCiego [Internet]. 2014 [citado 12 Abr 2017];20(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/download/18/3546>

14. Vived-Conte E, Betbesé-Mullet E, Díaz-Orgaz M, González-Simancas-Sanz A, Matía-Amor A. Avanzando hacia la vida independiente: planteamientos educativos en jóvenes con discapacidad intelectual. Rev Esp Disc [Internet]. 2013 [citado 12 Nov 2016];1(1):119-38. Disponible en: http://riberdis.cedd.net/xmlui/bitstream/handle/11181/3893/avanzando_hacia_la_vida_independiente.pdf?sequence=1

15. Hernández-Millán AB, Sueiro-Sánchez IA, Manresa-Peñalver CD, Hernández-Millán ZL, Hurtado-Sánchez DL, Barrio-Pedraza TJ. Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII en Cienfuegos. Rev Finlay [Internet]. 2014 [citado 3 Mar 2015];4(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/download/287%20/1343>

16. Córdova-Veja M, Córdova-Veja C, Ortega-Pérez L, Ruiz-Campana EE, Chapman-Sánchez M, López-Calzadilla A. Comportamiento estomatológico en niños con retardo en el desarrollo psíquico.. En: 4ta Jornada Científica Sociedad Cubana de Educadores de la Salud Gibara 2012 [Internet]. Holguín: SOCECS; 2012 [Citado 19 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.socesholguin2015.sld.cu/index.php/socesholguin/2015/paper/download/99/226>

17. Caballero-Hernández Y, Vega-García KM, Ávila-Leyva Y, Pérez-Ferrás ML. Salud bucal en niños discapacitados. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2013. p. 15-30.

18. Tan-Suárez N, Tan-Suárez N, García-Vita L, Silva-Martínez Y. Salud del primer molar permanente en niños con retraso mental. En: Congreso Internacional de Estomatología 2015 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2015 [Citado 19 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.estomatología2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/download/1171/226>

19. Hormigot-Baños L, Reyes-Romagosa DE, González-García AM, Meriño-Noguera YP. Estudio transversal de promoción de salud bucal y nivel de conocimientos de caries dental en niños de 11-12 años. Medwave [Internet]. Jun 2013 [citado 17 Mar 2017];3(5):e5674. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5674?ver=sindisenos?ver=sindisenos>





#

20. Aguirre-Córdova J, Porrás-Rodríguez D, Ríos-Villasís K. Estrategia de intervención educativa sobre la salud bucal en pacientes de 6 a 32 años con síndrome de Down. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. Oct 2015 [Citado 19 Abr 2016];25(4):262-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n4/a03v25n4.pdf>
21. Roa-Núñez AE, Rodríguez-Campos ER. Condición de salud bucal en pacientes con retraso mental [Internet]. Carabobo: Facultad de Odontología; 2013 [citado 6 Jun 2014]. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2882/roarod.pdf?sequence=1>
22. Martínez-Abreu J, Peña-Ruiz T, García-Martínez A. Importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer. Rev. Med. Electrón. [Internet]. Ago 2011 [citado 6 Jun 2014];33(4):499-508. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n4/spu12411.pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Lilliam María Ramón-Leiva: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión. Validación, redacción del borrador original, revisión y edición.

Norys Tan-Suárez: análisis formal, metodología, visualización, redacción del borrador original.

Gretel Lillyam Balseiro-Leiva: curación de datos, investigación.

Financiación

Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

