



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Manifestaciones gingivales en pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo, año 2014.

Autora.

María Luz Cedeño Villavicencio

Directora de tesis.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano

Portoviejo – Manabí – República del Ecuador.

2014

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge., certifica que la tesis de investigación titulada: Manifestaciones gingivales en pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo, año 2014. Es trabajo original de la egresada María Luz Cedeño Villavicencio, la misma que ha sido desarrollada en su totalidad, bajo mi absoluta dirección y control.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano, Mg. Ge.

Directora de Tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Manifestaciones gingivales en pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad d Portoviejo, año 2014. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana, Mg. Gs.

Directora de la Carrera.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano, Mg. Ge.

Directora de Tesis.

Dra. Nelly San Andrés Plúa, Mg. Gs.

Miembro del Tribunal.

Dra. Julia Cárdenas Sancán, Mg. Gs.

Miembro del Tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo sobre: Manifestaciones gingivales en pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo, año 2014. Pertenece exclusivamente a la autora y el patrimonio intelectual de las tesis a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

María Luz Cedeño Villavicencio.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

A Dios, nuestro Señor, en quien confío y he depositado mi vida, por haberme guiado en todo momento, especialmente en el desarrollo y culminación de mi trabajo de investigación. Quiero agradecer infinitamente a mis padres Alberto Cedeño Torres y Matilde Villavicencio Cedeño quienes incondicionalmente me apoyaron para seguir adelante y me brindaron siempre confianza, amor y comprensión.

A mis hermanos Joe, Pio, Cristian y Marco quienes de una u otra forma me alentaron y apoyaron. Agradezco también a la Universidad San Gregorio de Portoviejo especialmente a la carrera de Odontología por impartir los conocimientos obtenidos durante mi carrera estudiantil.

Mi agradecimiento a la Dra. Tatiana Moreira, mi directora de tesis, por su paciencia, por compartir su sabiduría y experiencia en esta etapa tan importante. A José Manuel Garibaldi una persona muy especial para mí por brindarme su apoyo y cariño incondicional siempre. Y finalmente muchas gracias a todas las personas que en algún momento fueron mis pacientes, por depositar su confianza en mí, dejándome realizar un tratamiento y a la vez ayudarme a culminar mis casos.

María Luz Cedeño Villavicencio.

DEDICATORIA.

Este trabajo de investigación está dedicado primeramente a Dios, porque este logro no sería posible sin su divina bendición. A mis padres: Alberto Cedeño Torres y Matilde Villavicencio Cedeño, quienes son mi mayor felicidad, mi principal fuente de inspiración y la razón de ser quien soy.

María Luz Cedeño Villavicencio.

RESUMEN.

Analizando en la obra de Barquero¹, (2013,) se puede exponer que:

La salud bucodental de los pacientes con discapacidad, se puede encontrar diversos problemas que si no son detectados a tiempo pueden desencadenar dificultades más graves por ello es muy importante diagnosticar y tratar cuanto antes, ya que a edades tempranas es mucho más fácil de solucionar, uno de estos inconvenientes es la caries que se desarrolla casi a cualquier edad, y si no se trata de forma adecuada se intensifica el dolor y el deterioro de las piezas dentales, llegando en algunos casos a producirse la pérdida de los dientes temporales, lo que puede desencadenar problemas de oclusión y de posición dentaria.(párr. 3)

La metodología utilizada fue de corte transversal descriptivo, lo que permitió levantar información directa de los pacientes, para lo cual, se trabajó con 50 pacientes con discapacidad, atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica, a quienes se les aplicó una ficha de observación. Los resultados de la investigación, demostraron que existen manifestaciones gingivales en algunos pacientes, así 19 pacientes presentaron una encía rojo brillante y 4 una encía rojiza, el tamaño de la encía está afectado por hiperplasia, con una forma edematosa de la encía, y una consistencia inflamada y blanda, respectivamente. El Índice gingival es de grado 2 que significa una inflamación moderada con las características mencionadas.

Palabras claves:Gingivitis, discapacidad, encía, sangrado, índice gingival, periodontitis, hemorragia.

¹Barquero, P. (2013). *Odontopediatría: Salud oral en niños*. [En línea]. Consultado: [28, Mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/creciendo/problemas-dentales-en-ninos-y-como-evitarlos-7187>

ABSTRACT.

Analyzing in the work of (Boatman, 2013, párr. 3) you can expose that the health bucodental of the patients with discapacidad, it can be diverse problems that if they are not detected on time they can unchain more serious difficulties in and of itself it is very important to diagnose and to try as soon as possible, since to early ages it is much easier of solving, one of these inconveniences is the cavity that is developed almost to any age, and if it is not appropriate form it is intensified the pain and the deterioration of the dental pieces, ending up in some cases to take place the loss of the temporary teeth, what can unchain occlusion problems and of position it would jag. The utilized methodology was of descriptive cross section, what allowed to lift direct information of the patients, for that which, one worked with 50 patients with discapacidad, assisted in the Center of Medical Rehabilitation to who you/they were applied an observation record. The results of the investigation, demonstrated that manifestations gingivales exist in some patients, patient así19 presented a brilliant red gum and 4 a reddish gum, the size of the gum is affected by hiperplasia, with a form edematosa of the gum, and an inflamed and soft consistency, respectively. The Index gingival is of grade 2 that it means a moderate inflammation with the aforementioned characteristics.

Keywords: Gingivitis, discapacidad, gum, bleeding, index gingival, periodontitis, hemorrhages.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Índice de cuadros.....	XIII
Índice de gráficos.....	XIII
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	2
1.1. Tema de la investigación.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema.....	2
1.3.1. Preguntas de la investigación.....	4
1.4. Delimitación de la investigación.....	4
1.4.1. Delimitación espacial.....	4

1.4.2. Delimitación temporal.....	4
1.5. Justificación.....	4
1.6. Objetivos.....	6
1.6.1. Objetivo General.....	6
1.6.2. Objetivos Específicos.....	6
Capítulo II.	
2. Marco teórico: referencial y conceptual.....	7
2.1.Marco referencial.....	7
2.1.1. Características Clínicas de la Encía.....	7
2.1.2. Pacientes con capacidades especiales.....	21
2.2. Hipótesis.....	44
2.2.1. Unidades de observación y análisis.....	44
2.3. Variables.....	44
2.3.1. Variable independiente.....	44
2.3.2. Variable dependiente.....	44
2.4. Matriz de operacionalización de las variables.....	44
Capítulo III.	
3. Marco metodológico.....	45
3.1. Modalidad de l investigación.....	45
3.2. Tipo de investigación.....	45
3.3. Método.....	45
3.4. Técnicas.....	46
3.5. Instrumentos.....	46

3.6. Recursos.....	46
3.6.1. Humanos.....	46
3.6.2. Materiales.....	46
3.6.3. Tecnológicos.....	46
3.7. Población y muestra.....	47
3.8. Criterios de inclusión.....	47
3.9. Criterios de Exclusión.....	47
3.10. Recolección de la información.....	48
3.11. Ética.....	48
Capítulo IV.	
4. Análisis e interpretación de los resultados.....	49
4.1. Análisis e interpretación.....	49
Capítulo V.	
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	66
5.1. Conclusiones.....	66
5.2. Recomendaciones.....	67
Capítulo vi.	
6. Propuesta.....	68
Bibliografía.....	74
Anexos.....	85

Índice de cuadros.

Cuadro No. 1	.....	49
Cuadro No. 2	.....	51
Cuadro No. 3	.....	52
Cuadro No. 4	.....	54
Cuadro No. 5	.....	56
Cuadro No. 6	.....	58
Cuadro No. 7	.....	60
Cuadro No. 8	.....	62
Cuadro No. 9	.....	64

Índice de gráficos.

Gráfico No. 1	.....	50
Gráfico No. 2	.....	51
Gráfico No. 3	.....	52
Gráfico No. 4	.....	54
Gráfico No. 5	.....	56
Gráfico No. 6	.....	58
Gráfico No. 7	.....	60
Gráfico No. 8	.....	62
Gráfico No. 9	.....	64

INTRODUCCIÓN.

Investigando en la obra de Daly², (2013) se puede citar que: “las manifestaciones gingivales se refieren a una amplia gama de patologías, que se presentan en las encías, caracterizándose por no afectar de ninguna forma a la inserción, ni al resto del periodonto”.(párr. 1).

La investigación es una caracterización de las manifestaciones gingivales presentadas por los pacientes con discapacidades del Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo. Se desarrollaron seis capítulos básicos que describieron el problema y sus componentes en el capítulo uno. En el capítulo dos se fundamentó teóricamente la investigación realizada mediante una amplia bibliografía, para en el capítulo tres se especificó la metodología adoptada en el trabajo de campo.

En el capítulo cuatro se muestran todos los resultados de la investigación, mediante cuadros y gráficos, así como, el análisis respectivo del investigador. En el capítulo cinco se describieron las conclusiones del trabajo y en el capítulo seis se formuló la propuesta que coadyuvará a la pronta solución del problema planteado en la investigación, condensada en una estrategia de prevención de la salud oral en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA en la ciudad de Portoviejo.

²Daly, M. (2013). *Pronóstico y plan de tratamiento de enfermedades gingivales*. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/mdaly21/diagnostico-pronostico-y-plan-de-tratamiento-de-enfermedades-gingivales-26516932>

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

-Manifestaciones gingivales en pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo, año 2014.

1.2. Formulación del problema.

-¿Cuáles son las características gingivales en los pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo?

1.3. Planteamiento del problema.

De conformidad con un estudio de la Organización Mundial de la Salud, OMS³ (2011), las discapacidades en las personas a nivel mundial se han incrementado en los últimos años, de manera que:

³OMS (2011). *Personas con discapacidades*. [En línea]. Consultado: [24, junio, 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/disabilities_20110609/es/

Más de 1000 millones de personas experimentan alguna forma de discapacidad. Ambas entidades instan a los gobiernos a ampliar los esfuerzos que despliegan para facilitar el acceso a los servicios generales y a realizar inversiones en programas especializados que hagan posible que las personas con discapacidades desplieguen plenamente sus posibilidades. (párr. 2)

Examinando el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS)⁴, (2013) se puede conocer que:

Por su parte, en el Ecuador, los reportes anuales del Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) revelan que 361.511 personas sufren diferentes formas de discapacidad. En la provincia de Manabí 41.949 de personas forman parte de estas estadísticas de las cuales se sub-dividen en discapacidad física 23.495, discapacidad Intelectual 5.812, discapacidad visual 5.676, discapacidad auditiva 3.449, discapacidad psicológica 3.239 y discapacidad de lenguaje 278 personas.(párr. 1)

A nivel de la provincia de Manabí, en particular en el cantón Portoviejo, se pudo evidenciar dentro del Centro de Rehabilitación Médica No. 3 INFA Portoviejo que gran parte de los pacientes con discapacidades atendidos en el departamento odontológico del centro presentan manifestaciones gingivales, según las historias clínicas odontológicas respectivas. Problemas gingivales causados por situaciones varias que van desde la medicación que consumen estos pacientes, hasta una deficiente higiene bucal y deficiencias congénitas productos de la enfermedad que los aqueja.

En vista de lo expuesto, el presente estudio caracterizó las manifestaciones gingivales presentadas en los pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de rehabilitación médica integral especializado No. 3 de la ciudad de Portoviejo.

⁴CONADIS. (mayo, 2013). *Registro Nacional de Discapacidades*. [En Línea]. Consultado: [25, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/conadis_registro_nacional_discapacidades.pdf

1.3.1. Preguntas de la investigación.

-¿Cuáles son los signos clínicos de las encías de los pacientes con discapacidades, atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo?

-¿Cuál es el índice gingival, de los pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo?

1.4. Delimitación del problema.

-Campo: Odontología.

-Área: Periodoncia.

-Aspecto: Manifestaciones gingivales.

-Delimitación espacial: El trabajo de investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo.

Delimitación temporal: Provincia Manabí, República del Ecuador. La investigación se desarrolló durante el periodo de marzo a Septiembre del año 2014.

1.5. Justificación.

La presente investigación se justificó por su relevancia e importancia, ya que al establecer la Constitución de la República del Ecuador, un tratamiento de inclusión, salud y bienestar para las personas con discapacidad, significa que la salud bucal es parte de la salud integral del ser. De manera que el estudio de las manifestaciones gingivales en este tipo de pacientes atendidos en el Centro Médico No. 3 INFA

Portoviejo, fue fundamental para su realización, pues aportó con evidencias reales la problemática gingival en los niños, niñas y adolescentes que conformaron la muestra de estudio. A quienes se les recomienda de manera general las visitas al odontólogo del Centro y el seguimiento correcto del tratamiento indicado.

La relevancia humana es otro punto fundamental en la investigación. Y ésta se circunscribe al trabajo realizado con niños, niñas y adolescentes con diversas discapacidades complejas, como el síndrome de down, la parálisis cerebral, la hemiplegia, la mal formación del gen, discapacidad intelectual, lenguaje, epilepsia, atrofia muscular, displasia de cadera e hidrocefalia.

Finalmente la relevancia científica del tema está implícita en la investigación, ya que en el campo de la odontología clínica. La presencia de la enfermedad gingival en los pacientes, es considerada prioritaria por el profesional odontológico, por cuanto la afectación de esta puede desencadenar en la enfermedad periodontal sino se trata a tiempo.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

-Caracterizar las manifestaciones gingivales en pacientes con Discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado N. 3 INFA Portoviejo, en el año 2014.

1.6.2. Objetivos específicos.

-Establecer los signos clínicos de las encías de los pacientes con discapacidades del Centro de Rehabilitación Médica Integral especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo.

-Determinar el índice gingival de los pacientes con discapacidades del Centro de Rehabilitación Médica Integral especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico, Referencial y Conceptual.

2.1. Marco Referencial.

2.1.1. Características clínicas de la encía.

Analizando un estudio de Avendaño⁵ (2001) se puede citar que la encía es la “Parte de la mucosa bucal que cubre las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes”. (párr. 1).

Analizando un artículo de la página web Encías⁶(2014), también se pudo conocer que:

La encía sana es de color rosa pálido, varía según las personas y se relaciona con la pigmentación cutánea. Las personas más morenas suelen tener la encía más oscura. La forma de la encía varía y depende del tipo de diente, su posición en la boca, la localización y tamaño del área de contacto entre los dientes. Es de consistencia variable y no deslizable. La encía puede ser dura, gruesa y con un gran número de depresiones (patrón de encía grueso) o bien blanda, fina y sin apenas depresiones (patrón de encía delgado). (párr. 2).

Indagando en la obra de Cruz⁷ (2012) se puede exponer que:

1- Color.
Rosado coral.
Depende de: Aporte sanguíneo.
Espesor de los tejidos.
Grado de queratinización.
Células con pigmentación.

⁵Avendaño, A. (2001). *Anatomía y fisiología de los tejidos periodontales. Encía.- estructura y función.* [En línea]. Consultado: [01, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.perioimplantelsalvador.com/Informacion/clases/EnciaMacroscopica.pdf>

⁶ Encías.com. *Encía.* [En línea]. Consultado:[01, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://encias.com/encia.html>

⁷Cruz, C. (2012). *Estomatología Integral Comunitaria.* República del Perú: Milatem.

(Melanina) según raza.

2- Tamaño.

Aumenta con el edema debido a procesos inflamatorios.

Aumenta por desarrollo de hiperplasias gingivales (aumento del número de células).

3- Contorno.

Depende de la forma de los dientes:

Alineación en la arcada (labioversión, linguoversión).

Nichos gingivales.

Puntos de contacto dentales.

4- Forma.

Depende del contorno de los dientes.

La altura de la encía varía según el contacto proximal.

La forma Interdental es piramidal en sector anterior y trapezoidal en sector posterior, siendo más aplanada.

5- Consistencia.

Firme y resistente, sus fibras contribuyen a la firmeza.

El edema debido a la inflamación la hace más friable.

6-Textura.

Encía adherida punteada (en cáscara de naranja), no así la encía marginal, en la enfermedad gingival, ésta desaparece.

El puntilleo aparece desde los 5 años de edad y en la vejez disminuye, es producido histológicamente por las proyecciones reticulares del tejido conectivo.

A mayor queratinización, mayor puntilleo.

7- Posición.

Nivel en que se une la encía al diente, por lo general la encía cubre la línea cervical, es decir la Unión cemento – esmalte. (p. 10).

Indagando en una publicación de Yáñez⁸ (2011) se puede conocer que:

El color gingival normal varía desde el rosa pálido hasta tonos más oscuros debidos a los distintos grados de pigmentación melánica y puede apartarse de éstos como resultados de la inflamación. El color gingival rosado es un reflejo de la sangre del plexo de vasos sanguíneos subepiteliales y translucidez de la mucosa gingival. La forma se refiere por la localización y el contorno de los espacios interproximales gingivales, rigen la morfología de la encía interdental. Cuando las superficies proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raíces se hallan más próximas entre sí, en sentido mesiodistal, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos. A la inversa, cuando las superficies proximales divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía según sea la ubicación del contacto proximal.

⁸Yáñez, B. (2011). *Características clínicas de la encía en salud*. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014]. Disponible en: <http://beatrizraquelyanezocampo.blogspot.com/2011/09/1-caracteristicas-clinicas-de-la-encia.html>

La superficie de la encía posee una *textura* similar a la cáscara de naranja y se alude a ella como graneada. La encía insertada es graneada, no la marginal. La porción central de las papilas interdentes suelen ser graneada, aunque los bordes marginales son lisos. Es menos prominente el puntilleo en las superficies linguales que en las vestibulares y falta en algunos sujetos. No existe en la infancia, aparece en niños alrededor de los cinco años de edad, aumenta hasta la edad adulta y suele desaparecer en el anciano. La textura superficial es consecuencia de la presencia y grado de queratinización del epitelio y al microscopio se observa que el puntilleo es producto de protuberancias redondeadas, la capa papilar del tejido conectivo se proyecta en las elevaciones.

La encía es de consistencia firme y resilente, se fija con firmeza al hueso subyacente, menos el margen libre móvil. La naturaleza colágena de la lámina propia y su proximidad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la firmeza de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía.

La posición de la encía es nivel donde el margen gingival se fija al diente. Cuando éste erupciona hacia la cavidad bucal, el margen y el surco se localizan en el vértice de la corona y a media que la erupción avanza se observan más cerca de la raíz. Durante el proceso de erupción, como ya se escribió, los epitelios de unión, bucal y reducido del esmalte sufren alteraciones y remodelación extensas, en tanto que se conserva al mismo tiempo la baja profundidad fisiológica del surco. (párr. 11, 15)

Examinando en una publicación de Avendaño⁹ (2001), se puede referenciar que:

La encía marginal o libre no está adherida al diente. Forma la pared blanda del surco gingival.

La encía interdental llena el nicho gingival.

Su forma depende de: punto de contacto dental y la tronera gingival. Su margen es de encía marginal y su centro es de encía adherida.

La encía adherida o insertada

Firme, unida al periostio.

Mayor en la arcada superior que en la inferior. Mayor en incisivos, menor en molares. Y mucho menor en premolares. (párr. 22, 27).

Analizando en el texto de Joseph y Satoshi¹⁰(2010) se puede citar que: “La encía marginal es el margen terminal o borde de la encía que rodea los dientes a modo de collar. Generalmente, la encía marginal presenta 1mm de ancho, formando la pared de tejido blando del surco gingival”. (párr. 43).

⁹Avendaño, A. (2001). *Anatomía y fisiología de los tejidos periodontales. Encía.- estructura y función.* [En línea]. Consultado:[01, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.perioimplantelsalvador.com/Informacion/clases/EnciaMacroscopica.pdf>

¹⁰ Joseph, P. Fiorellini, D. y Satoshi, O. (2010). *Periodontología Clínica.* Décima edición. Editorial Saunders.

Examinando en la obra de Joseph y Satoshi¹¹(2010) sobre la encía insertada, se puede referenciar que:

Es la continuación de la marginal. Es firme, resistente y está unida fijamente al periostio del hueso alveolar. La superficie vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y móvil, y está delimitada por la unión mucogingival. (párr. 43).

Estudiando lo expuesto por Joseph y Satoshi¹²(2010) se puede citar que:

La encía interdental ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal por debajo del área de contacto del diente. La encía interdental puede ser piramidal o en forma de “col”. En el primer caso, la punta de una papila se localiza inmediatamente abajo del punto de contacto; la segunda presenta una depresión de forma de valle que conecta una papila vestibular y otra lingual y se adapta a la forma del contacto interproximal. (párr. 44).

Considerando el texto de Humbertus y Paúl¹³, (s.f.) acerca de las infecciones de la encía se puede exponer que:

La gingivitis es frecuente en los niños debido al descuido de la higiene bucal. La relación entre la gingivitis y la acumulación de placas marginales, con las lesiones de caries desatendidas y márgenes de restauración insuficientes es evidente. Una vez que eliminada la irritación de los bordes, desaparece el eritema y la tendencia al sangrado en cuestión de días. Respirar por la boca, puede agravar la gingivitis, ya que causa resequedad de las mucosas e impide así la función protectora de la saliva.

En los niños es rara las alteraciones graves relacionadas con las encías, y sobre todo, con el periodonto. Y tan solo se observa asociadas a enfermedades generales o a su tratamiento. Periodontitis específicas, tales como la de la prepubertad y la juvenil, se manifiesta solo en niños y jóvenes. Si el estado de la encía y el periodonto en relación con la higiene bucal no se pueden explicar a partir de lo observado en una exploración local, tiene que estudiarse otras causas. (párr. 54).

Examinando lo expuesto en la página web de salud, de Writing¹⁴(2012) sobre los métodos para mejorar la retracción de las encías, se puede referenciar que:

¹¹ Joseph, P. Fiorellini, D. Satoshi, O. (2010). *Periodontología Clínica*. Décima edición. Editorial Saunders.

¹² Joseph, P. Fiorellini, D. Satoshi, O. (2010). *Periodontología Clínica*. Décima edición. Editorial Saunders.

¹³Humbertus, J. M. y Paúl, W. (s. f.). *Atlas de Odontología Pediátrica*. Universitat Zurich. Editorial Masson.

La recesión gingival, más comúnmente conocida como retracción de las encías, es un proceso progresivo que sucede gradualmente con el curso de los años. Debido a que los cambios son tan ligeros durante el día a día, no es sino hasta la edad de 40 años que una persona comienza a notar los síntomas de la recesión gingival. Esta condición, sin embargo, puede suceder también en la adolescencia.

La causa más común para la recesión gingival es la placa, la película de bacterias que se acumula sobre el diente. Es necesario un cepillado regular para mejorar la retracción de las encías, porque estimula el flujo sanguíneo. El flujo sanguíneo adicional se deshace de las toxinas producidas por las bacterias. Debes cepillar tus dientes antes de irte a la cama y después de despertar y, si es posible, cepillarlos siempre después de comer. Utilizar el tipo correcto de cepillo de dientes es también algo importante. Evita cepillar tus dientes de forma agresiva. La técnica recomendada es cepillar a lo largo de todas las superficies de los dientes utilizando movimientos suaves y circulares. Es importante también cepillar a lo largo de la línea de las encías, ya que la gingivitis ocurre cuando las bacterias entran debajo de esta línea. Utilizar un cepillo de dientes de cerdas suaves con una cabeza pequeña es generalmente mejor. Los cepillos de dientes motorizados también son preferibles, debido a que tienen cabezas más pequeñas y movimientos controlados. Utilizar el hilo dental de forma regular es incluso más importante que el cepillado; el simple hilo dental puede remover la placa que queda embebida entre los dientes y debajo de las encías. Utiliza el hilo dental en cada cepillado, lo que idealmente debería ser después de cada comida. Finalmente, masajear las encías mejora la circulación y contribuye a su salud. Para masajearlas, coloca tus dedos pulgar e índice dentro de cada lado de la boca para tocar las encías. Después frótalos ligeramente sobre toda la encías.(párr. 1).

Observando en la obra de Motta¹⁵ (2011), sobre el índice gingival se puede citar que:

Fue desarrollado por Silness y Loe en 1963 y perfeccionado nuevamente por Loe en 1967, para medir diferentes niveles de inflamación gingival. Este índice se utiliza para evaluar el tejido gingival en lo que respecta a los estadios de gingivitis y enfermedad periodontal reversible, pero no a pérdida ósea ni a periodontitis irreversible. En la actualidad sólo es utilizado para medir gingivitis y ningún estadio de enfermedad periodontal, siendo más indicado que el Índice PMA (papilar proximal y encía adherida) para medir presencia y gravedad de la gingivitis, con la desventaja que requiere utilizar sonda periodontal, lo que exige una calibración más estricta. (párr. 34).

¹⁴Writing, A. (2012). *Métodos para mejorar la retracción de las encías*. Salud. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/metodos-mejorar-retraccion-encias-manera_137812/

¹⁵Motta, C. (2011). *Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales*. Tesis publicada. República del Perú: Universidad San Martín de Porres. [En línea]. Consultado: [15, agosto, 2014]. Disponible en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/252/Tes_MottaCandelaADP_HigieneBucalGingivitis_2011.pdf?sequence=1

Cuadro 1

Criterios clínicos para el índice de gingivitis de Loe y Silness

Grado	Características
0	Ausencia de inflamación.
1	Inflamación leve: cambio de color, edema leve, no sangra al sondaje.
2	Inflamación moderada: encía roja, edematizada, brillante, sangra al Sondaje.
3	Inflamación severa: marcado aumento de color y edema, ulceración, tendencia a hemorragia espontánea.

Nota: criterios clínicos para la gingivitis establecida por Loe y Silness. Pineda, S. (2011). Realizado por autora de esta tesis.p.47.

Investigando en la obra de Pineda¹⁶, (2011,) sobre el índice gingival se puede citar que:

El índice gingival está indicado sólo para dientes permanentes, dado que los parámetros que se considera para establecer si la encía está inflamada, y el grado en el que lo está sólo se define para dentición permanente. La dentición temporaria tiene características de la encía que le son propias, por lo tanto si el paciente no presenta en boca, alguno de los dientes señalados, este no será reemplazado por ningún otro. (párr. 4).

Examinando el contexto de Pardiñas¹⁷, (2012) sobre las enfermedades de las encías se puede exponer que:

Las enfermedades de las encías. Aunque los odontólogos las ven como un problema importante, la mayoría de los pacientes las ignoran hasta que se les diagnostica en la clínica dental, porque estas enfermedades pueden afectar a las personas sin producir ningún dolor antes.

¹⁶Pineda, S.(2011). *Prevalencia de gingivitis, en estudiantes con deficiencia auditiva de nivel básico*. tesis publicada. República del Ecuador: Universidad Central. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/337>

¹⁷Pardiñas. (2012). *Enfermedades de las encías*. Centro Integral de Especialidades Odontológicas. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.clinicapardinas.com/enfermedades-de-las-encias.html>

¿Cuáles son las enfermedades de las encías? Son las que afectan el periodonto (que es el área alrededor del diente), y alteran el soporte del hueso que sujeta al diente. Esto puede llevar a una pérdida dentaria. Las enfermedades de las encías se manifiestan inicialmente como una gingivitis para luego convertirse en periodontitis enfermedad periodontal.

La gingivitis se caracteriza por una inflamación de la encía sin afectación del hueso que rodea al diente. Se manifiesta como una encía enrojecida, edematosa, y que sangra fácilmente. Es una de las enfermedades más frecuentes del ser humano, siendo muy común en todas las edades (hasta un 75% de los jóvenes de 20 a 25 años tienen esta enfermedad).

Es muy importante curar la gingivitis a tiempo, porque puede transformarse en una periodontitis. Y lo más importante es que a este nivel, la enfermedad es reversible y puede ser eliminada mediante cepillados diarios y uso de seda dental y colutorios adecuados.

La periodontitis se caracteriza por una destrucción del hueso que soporta al diente, acabando con el tiempo en una completa pérdida dentaria si no es tratada.

Clínicamente se manifiesta como una encía inflamada con presencia de bolsas periodontales (espacios que se forman debajo de la encía) que se valorarán con una pequeña sonda que mide la distancia entre la encía y el hueso, movilidad o exposición de la raíz dental. La periodontitis es muy rara en jóvenes y adolescentes, un caso entre 10.000. Sin embargo su frecuencia aumenta con la edad (10% entre 30 y 40 años; 25-30% entre 50-60 años). (párr. 15).

Indagando en la página de KidsHealth¹⁸, (2013) sobre las enfermedades de las encías, se puede exponer que:

La enfermedad de las encías también es conocida como enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal es una infección de los tejidos y huesos que soportan los dientes. La enfermedad de las encías no tratada puede ser muy grave, haciendo que los dientes se aflojen o caigan.

La enfermedad de las encías suele generarse a causa de acumulación de placa, una capa invisible y pegajosa de gérmenes que se forma naturalmente sobre los dientes y las encías. La placa tiene bacterias, que producen toxinas que irritan y dañan las encías.

Hay cientos de tipos de bacterias en la boca, por lo que mantener la placa controlada es una batalla constante. Este es el motivo por el que cepillarse y pasarse el hilo dental todos los días, y realizar visitas regulares al dentista, resulta tan importante.

Ciertas cosas pueden hacer que los adolescentes sean más propensos a desarrollar enfermedad de las encías. Algunos pueden heredar esta tendencia de sus padres. Los refrigerios que comes también pueden ponerte en riesgo de desarrollar enfermedad de las encías, especialmente si comes frituras y refrescos en el centro comercial después del colegio y no puedes cepillarte los

¹⁸KidsHealth. (2013). *Enfermedad de las encías*. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: http://kidshealth.org/teen/en_espanol/enfermedades/gum-disease-esp.html

dientes inmediatamente después de comer. Probablemente ya sepas que el azúcar es malo para tus dientes, pero es posible que no sepas que los alimentos crujientes como las frituras también alimentan los ácidos que comen la cerámica del diente.

Si tienes aparatos ortodónticos, eliminar la placa puede ser más difícil. Además, algunas afecciones médicas (incluyendo la diabetes y el síndrome de Down) y ciertas medicinas aumentan el riesgo de tener enfermedad de las encías.

Si tienes una mala dieta, duermes poco y tienes demasiado estrés, esto te deja más vulnerable a infecciones en cualquier parte del cuerpo, incluyendo las encías.

Las mujeres tienen un mayor riesgo de enfermedad de las encías que los hombres. El aumento de las hormonas sexuales femeninas durante la pubertad puede hacer que las encías de las mujeres estén más sensibles a la irritación. Algunas niñas notan que sus encías sangran un poco los días antes de menstruar.

Para problemas de encías graves, y precoces, el malo de la película es el tabaco. Fumar no solo genera mal aliento y dientes amarillentos manchados, sino que las investigaciones recientes demuestran que fumar es una causa principal de la enfermedad de las encías. (p. 1).

Estudiando la publicación de Colgate¹⁹ (2014), se puede referenciar que:

La enfermedad de las encías es una inflamación de las mismas que puede avanzar hasta afectar el hueso que rodea y sostiene los dientes. Es causada por las bacterias, al formarse constantemente sobre los dientes una película transparente y pegajosa. Si no la elimina diariamente con el cepillado y el uso del hilo dental, la placa se acumula y las bacterias pueden infectar no sólo la encía superficial y los dientes, sino también el tejido gingival y el hueso que sostiene los dientes. Esta puede ser una causa para que los dientes se aflojen, se caigan o que finalmente el dentista los tenga que extraer. (p. 1).

Indagando en la página web de Colgate²⁰ (2014) se puede exponer que:

Hay tres etapas de la enfermedad de las encías:

Gingivitis: Esta primera etapa de la enfermedad es una inflamación de las encías provocada por la acumulación de placa en el borde de la misma, la cual, al no ser eliminada por el cepillado y el uso diario del hilo dental, produce toxinas que irritan el tejido gingival, causando gingivitis. Puede observarse sangrado durante el cepillado, al usar el hilo dental o incluso de manera

¹⁹ Colgate. (2014). Centro de Información de Cuidado Bucal. *Enfermedad de las encías*. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.colgatecentralamerica.com/app/CP/GT/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-Basics/Common-Concerns/Gum-Disease/article/What-are-the-Stages-of-Gum-Disease.cvsp>

²⁰ Colgate. (2014). Centro de Información de Cuidado Bucal. *Enfermedad de las encías*. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.colgatecentralamerica.com/app/CP/GT/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-Basics/Common-Concerns/Gum-Disease/article/What-are-the-Stages-of-Gum-Disease.cvsp>

espontánea. En esta primera etapa de la enfermedad, el daño puede revertirse, ya que el hueso y el tejido conectivo que sostiene los dientes en su lugar todavía no han sido afectados.

Periodontitis: En esta etapa, el hueso y las fibras que sostienen los dientes en su lugar sufren daños irreversibles. Se forma una bolsa debajo del borde de las encías, donde quedan atrapados los alimentos y la placa. El tratamiento dental adecuado y una atención en el hogar más cuidadosa, generalmente, ayudan a prevenir daños mayores.

Periodontitis avanzada: En esta etapa final de la enfermedad, se destruyen las fibras y el hueso que sostiene los dientes, lo que hace que los dientes se desplacen o se aflojen. La mordida puede verse afectada y, si no se realiza un tratamiento adecuado, puede suceder que el dentista tenga que extraer los dientes. (p. 1).

Considerando esta publicación de Colgate²¹ (2014), se puede exponer que:

La misma puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en los adultos. Si se la detecta en sus primeras etapas, puede revertirse. Consulte al dentista si observa alguno de los siguientes síntomas:

Las encías están enrojecidas, inflamadas o sensibles

Hay sangrado de encías al cepillarse o al utilizar el hilo dental

Los dientes parecen ser más largos porque las encías se han retraído y se ven las raíces

Se sienten cambios en el modo en que cierran los dientes al morder

Puede haber salida de pus entre los dientes y las encías

Se percibe constantemente la presencia de mal aliento o mal sabor en la boca (p. 1).

Características clínicas de la Gingivitis.

Indagando en la obra de Daly²², (2010) se puede exponer que:

Al valorar las características clínicas de la gingivitis el odontólogo ha de ser sistemático. Hay que prestar atención a las alteraciones del tejido por que poseen importancia diagnóstica. Hemorragia gingival al sondeo: Los síntomas tempranos de la inflamación gingival que preceden a la gingivitis son 1) formación más rápida de líquido del surco gingival. 2) hemorragia del surco

²¹Colgate. (2014 b). Centro de Información de Cuidado Bucal. *Enfermedad de las encías*. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.colgatecentralamerica.com/app/CP/GT/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-Basics/Common-Concerns/Gum-Disease/article/What-are-the-Stages-of-Gum-Disease.cvsp>

²²Daly, M. (2010). *Características Clínicas de la Gingivitis*. [En línea]. Consultado: [9, Agosto, 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/mdaly21/caracteristicas-clinicas-de-la-gingivitis>

gingival al sondeo delicado. La hemorragia de la encía varia en intensidad, duración y facilidad con que surge la hemorragia a sondeo aparece antes del cambio de color u otros signos visuales de inflamación. (párr. 5).

En la misma obra de Daly²³, (2010) se puede transcribir que:

En casos individuales la distribución de la enfermedad se describe mediante la combinación de los términos precedentes de la siguiente manera: Gingivitis marginal localizada: esta se va a limitar a una o más zonas de la encía marginal. Gingivitis difusa localizada: se extiende desde el margen hasta el pliegue mucovestibular, pero limitada a una zona. Gingivitis papilar localizada: va estar en uno o más espacios interdentes en una región limitada. Gingivitis marginal generalizada: va abarcar los márgenes gingivales de todos los dientes. (párr. 4).

Enfermedades gingivales.

Analizando la obra de Marcela²⁴, (2011) sobre las enfermedades gingivales, se puede citar que “es una enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes”. (párr. 1).

Considerando el trabajado realizado por Daly²⁵ (2013) sobre las enfermedades gingivales se puede exponer que: “La gingivitis se relacionan con la presencia de microorganismos bucales insertados en el diente y quizás en el surco gingival o cerca de él”. (párr. 5).

²³Daly, M. (2010). *Características Clínicas de la Gingivitis*. [En línea]. Consultado: [9, Agosto, 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/mdaly21/caracteristicas-clinicas-de-la-gingivitis>

²⁴Marcela. (2011). *Enfermedades bucales. Gingivitis*. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: <http://enfermedadesbucalshohana.blogspot.com/2011/02/gingivitis.html>

²⁵Daly, M. (2013). *Pronóstico y plan de tratamiento de enfermedades gingivales*. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/mdaly21/diagnostico-pronostico-y-plan-de-tratamiento-de-enfermedades-gingivales-26516932>

Investigando la obra de Pineda²⁶ (2012) sobre las enfermedades gingivales se conoció que:

Se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente. La placa es la principal causa de caries dental y si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se tornen sensibles. Una lesión a las encías por cualquier causa, incluyendo el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte, puede causar gingivitis. (p. 25).

Investigando en la página de Oral-B²⁷, (2013) sobre la gingivitis, se puede citar que:

Las encía están formadas por tejidos blandos y rodean la parte inferior de los dientes (llamada raíz dental). Cuidar las encías es tan importante como cuidar los dientes.

La gingivitis es una infección de las encías. Es causada por la placa dental, una película adherente que se acumula sobre la superficie de los dientes y las encías, y que produce ácidos y toxinas que pueden hacer que las encías sangren, se hinchen o enrojeczan.

Con el transcurso del tiempo, la gingivitis puede hacer que las encías se retraigan, separándose de los dientes, y que se formen bolsillos entre ambos.

En esos bolsillos pueden quedar atrapados gérmenes y hacer que se debilite el tejido óseo que rodea al diente.

La gingivitis es común. Muchas personas tienen alguna forma incipiente de la enfermedad, que puede tratarse con una buena higiene bucal. Pero si la gingivitis se ignora, puede debilitar el tejido óseo que rodea a los dientes y hacer que los dientes se aflojen y a la larga se caigan. (p.1).

Indagando en la obra de Botero y Bedoya²⁸ (2010) se puede citar que la gingivitis es “la inflamación en diferentes grados de intensidad de la encía sin afectar los tejidos de soporte (ligamento, cemento, hueso)”. (p. 97).

²⁶Pineda, S.(2011). *Prevalencia de gingivitis, en estudiantes con deficiencia auditiva de nivel básico*. tesis publicada. República del Ecuador:Universidad Central. [En Línea].Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/337>

²⁷ Oral-B. (2013). *Que es la Gingivitis*. [En Línea]. Consultado:[20, agosto, 2014]. Disponible en: <http://dentalcare.com/media/en-US/patient/spanish/periodon.pdf>

²⁸Botero JE. Bedoya, E. (2010). *Determinantes del Diagnóstico Periodontal*. [En Línea]. Consultado: [12, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>

Analizando la obra de Saldaña²⁹ et al. (2012) sobre las enfermedades gingivales se puede citar que:

Las enfermedades periodontales son un conjunto de enfermedades que afectan a los tejidos que rodean y mantienen a los dientes en los maxilares. Son enfermedades de naturaleza inflamatoria e infecciosa. Cuando el proceso inflamatorio solamente afecta a la encía libre se le denomina gingivitis. Si el proceso inflamatorio afecta a los tejidos periodontales, se produce destrucción del hueso y ligamento que sostienen los dientes, a este grado de destrucción lo denominamos periodontitis. (párr. 1).

Investigando en la obra de Oral-B³⁰, (2013) se puede referenciar que:

Millones de personas en todo el mundo Sufren Problemas de Encías, causada principalmente por la acumulación de la placa bacteriana que provoca la inflamación de las encías. Se inicia cuando las toxinas producidas por la placa bacteriana comienzan a irritar las encías, que se enrojecen e inflaman. Situaciones como el embarazo y la diabetes incrementan el riesgo a sufrir la enfermedad, a pesar de ello, todos deberíamos prestar atención a la salud bucal. Los problemas de encías es la etapa más leve y prematura de la inflamación gingival, es reversible y afecta a los tejidos blandos alrededor de los dientes, afectando a un gran porcentaje de la población, aproximadamente una de cada dos personas; por tratarse de un mal silencioso, es posible que la mayoría de las personas no se den cuenta de que tienen este problema, incluso con presencia de síntomas como enrojecimiento de las encías o leve inflamación de las encías, que sangran fácilmente durante el cepillado o limpieza con hilo dental; Si no se trata, los problemas de encías pueden progresar a etapas más graves de la enfermedad periodontal. (párr. 1).

Investigado en la página web de MedlinePlus³¹ (2014) se puede transcribir que:

La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal, que es la inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes. Esto puede incluir las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar).

La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa en los dientes. La placa es un material pegajoso compuesto de bacterias, moco y

²⁹Saldaña, L. et al. (2012b). *Relación de la enfermedad gingival con la menstruación y el cepillado dental*. Mayarí, República de Cuba. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014]. Disponible en : <http://www.alfinal.com/odontologia/enfermedadgingivalmenstruacioncepillado.php>

³⁰Oral-B. *Cuidado de encías*. [En línea]. Consultado: [16, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.oralb.com/latam/clinicalprotection/productos/gingivitis.aspx?gclid=CPbZkpW8sb4CFZBxOgodhHAA0w>

³¹MedlinePlus. Gingivitis. (2014). [En línea]. Consultado: [20, Agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>

residuos de alimentos que se acumula en las partes expuestas de los dientes. También es una causa importante de caries dental. Si la placa no se quita, se convierte en un depósito duro denominado sarro (o cálculo) que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se tornen sensibles. (p. 1).

Indagando en la página de MedlinePlus³², (2014) se puede plantear los siguientes factores que aumentan el riesgo de padecer en algún momento de gingivitis, como son:

- Ciertas infecciones y enfermedades en todo el cuerpo (sistémicas)
- Mala higiene dental
- Embarazo (los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías)
- Diabetes no controlada
- Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (como correctores dentales, prótesis, puentes y coronas)
- El uso de ciertos medicamentos como fenitoína, bismuto y algunas píldoras anticonceptivas

Muchas personas tienen algún grado de gingivitis. Ésta generalmente aparece durante la pubertad o durante las primeras etapas de la edad adulta, debido a los cambios hormonales. Puede persistir o reaparecer con frecuencia, según la salud de sus dientes y encías. (párr. 4).

Indagando en lo publicado por Valencia³³ (2013) sobre las características de la gingivitis se encontró que se clasifica según su curso, su localización y estado.

Según su curso:

Gingivitis aguda: es de inicio súbito y de corta duración y puede ser dolorosa.

Gingivitis subaguda: es una fase menos intensa que la aguda.

Según su localización clasificación según su distribución:

Marginal: compromete encía libre.

Papilar: compromete encía.

Difusa: compromete la encía adherida.

Clasificación según su extensión:

³²MedlinePlus. Causas de la gingivitis. (2014). [En línea]. Consultado: [20, Agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>

³³Valencia, S. (2013). *Clasificación de las enfermedades periodontales-gingivitis*. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/simeyangeles/clasificacion-de-las-enfermedades-periodontalesgingivitis>

Gingivitis localizada: está localizada a la encía de un solo diente o a un grupo de dientes. (4-6 piezas dentales).

Gingivitis generalizada: esta afecta a toda la boca en general.

Según su Estado:

Gingivitis moderada: Se caracteriza por presentar enrojecimiento e inflamación marcada de la gingiva de las encías a nivel marginal y papilar, Presenta sangrado gingival provocado (cepillo, sonda) y espontáneo. El surco gingival no presenta bolsa puede medir hasta 3 mm y la movilidad es normal.

Gingivitis severa: Se caracteriza por presentar enrojecimiento e inflamación severa de toda la gingiva a nivel de la encía marginal papilar y adherida. Presenta sangrado profundo o de las encías provocado y espontáneo. En este tipo de gingivitis se pueden presentar cuadros de hiperplasia gingival, papilas bulbosas y presencia de pseudobolsas. El surco gingival puede presentar bolsas gingivales (pseudobolsas) de 4 a 5 mm. o más por agrandamiento de la encía. (p. 1).

Analizando en el texto de Pérez³⁴(s.f.) sobre las personas con capacidades especiales y la gingivitis, se puede referenciar que:

Las personas con discapacidades y necesidades especiales pueden ser más susceptibles a padecer enfermedades bucodentales, debido a una serie de factores concurrentes:

Condiciones orales específicas: en ciertas condiciones genéticas o, por ejemplo, en personas que tienen una parálisis cerebral suelen verse problemas de mal oclusión, así como defectos en la mineralización del esmalte, que les hacen más susceptibles a padecer caries. Así, por ejemplo, también es frecuente ver problemas de encías en personas con síndrome de Down.

Limitaciones físicas: algunas personas con discapacidades y necesidades especiales no pueden masticar bien o mover su lengua con lo que no se benefician de la auto limpieza que llevan a cabo mejillas, labios y lengua. Aquellos con problemas de coordinación motora, sea por ejemplo espina bífida, parálisis cerebral, etc., puede que no sean capaces de limpiarse sus propios dientes o de hacerlo utilizando los métodos habituales.

Dietas especiales: algunas personas con discapacidades y necesidades especiales tienen problemas para masticar o tragar y suelen tomar dietas blandas, que se pegan fácilmente a los dientes. Si necesitan ayuda para beber, seguramente beberán menos que otras personas con lo que no tienen suficientes líquidos en la boca que les ayuden a eliminar los restos de comida y si las comidas son ricas en azúcares, será más fácil que se produzcan caries.

Medicamentos: muchos medicamentos tienen un alto contenido en azúcar siendo frecuente que las personas con discapacidades y necesidades especiales

³⁴Pérez, P. (s. f.). *Las personas con necesidades especiales son pacientes de riesgo*. [En línea]. Consultado: [20, junio, 2014]. Disponible en: http://www.clinicadentalinfantilpaloma.com/special_needs.pdf

tomen más medicamentos y más veces que el resto de las personas. Algunos medicamentos como los administrados para el tratamiento de las convulsiones pueden provocar el crecimiento de las encías. Algunos antibióticos pueden manchar los dientes. Otros medicamentos como los sedantes, barbitúricos o antihistamínicos pueden reducir el flujo de la saliva y con menos saliva estamos menos protegidos frente a las caries. La Aspirina, si se deja disolver en boca antes de tragarla y en grandes dosis, produce un ambiente ácido que favorece las caries. (p. 4).

1.1.2 Pacientes con capacidades especiales.

Investigando en la página web de childcare³⁵, (2013) se pudo conocer que:

Los pacientes con discapacidades y necesidades especiales tienen más riesgo de sufrir problemas de salud; requieren ayuda extra y dependen de otros para lograr y mantener una buena salud. La salud bucal no es una excepción, una boca limpia es una de las necesidades de salud más importantes durante toda la vida y estará influenciada por su habilidad de darle al paciente la ayuda necesaria. (párr. 1).

Indagando en la obra de García y Palma³⁶ (s.f), se define a los pacientes con necesidades especiales como:

Paciente con necesidades especiales son aquellos que tienen limitaciones físicas, mentales, sensoriales, de comportamiento o condiciones que requieran actuaciones médicas y/o servicios especiales. El tratamiento odontológico del paciente con necesidades especiales está íntimamente relacionado con su conducta y su patología. Cabe esperar que un paciente con retraso mental severo, sea incapaz de colaborar en la consulta dental debido a su condición médica. (p. 1).

Examinando la obra de García³⁷, (s. f) sobre los pacientes con enfermedades especiales, se puede exponer que:

Se define paciente especial a aquel que tiene limitaciones físicas, mentales, sensoriales, de comportamiento o condiciones que requieran actuaciones médicas y/o servicios especiales. El tratamiento odontológico del paciente con

³⁵ChildcareHealthline. (2013). *Salud bucal para niños con discapacidades y necesidades especiales*. [En Línea]. Consultado: [17, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/OralHlthSpNeedsSP071807_adr.pdf

³⁶García, C. Palma, C. (s.f). *Integración de la salud oral en el bienestar general del paciente con necesidades especiales*. [En Línea]. Consultado: [17, mayo, 2014]. Disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/archivos/SaludOralPacientesNecesEspeciales.pdf>

³⁷García, C. Palma, C. (s. f). *Integración de la salud oral en el bienestar general del paciente con necesidades especiales*. [En Línea]. Consultado: [17, mayo, 2014]. Disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/archivos/SaludOralPacientesNecesEspeciales.pdf>

necesidades especiales está íntimamente relacionado con su conducta y su patología. Cabe esperar que un paciente con retraso mental severo, sea incapaz de colaborar en la consulta dental debido a su condición médica.

La mayoría de pacientes especiales pueden tratarse de manera ambulatoria en la consulta odontológica. Sin embargo, en algunas ocasiones las técnicas de manejo de conducta son insuficientes y la única alternativa es el tratamiento bajo anestesia general para proveer un tratamiento de calidad, ofreciendo los menores inconvenientes para el paciente. Cabe mencionar que estos tratamientos de sedación y anestesia sólo pueden ser llevados a cabo por profesionales capacitados en los campos de anestesia y odontopediatría, así como en un medio hospitalario equipado para tal fin.

Los pacientes con necesidades especiales tienen una alta incidencia de patología bucal debido a una serie de factores como: alteraciones motoras que impiden una correcta masticación y deglución; alimentación de textura blanda y con alto contenido de azúcares fermentables que propician la aparición de caries; alteraciones neurológicas que dificultan la cooperación al momento del cepillado dental, etc. Por ello, los pacientes con necesidades especiales son un grupo de riesgo con una gran necesidad de cuidados dentales. Es por esta razón que consideramos que la atención odontológica no debe estar desligada de las otras especialidades que se encuentran en relación directa con los cuidados del paciente con discapacidad y que debe estar integrada dentro del equipo multidisciplinario que busca brindar al paciente especial las atenciones adecuadas a sus necesidades.(p. 1).

Investigando en la obra de Marulanda³⁸ et al. (2011) sobre las capacidades especiales se puede citar la siguiente definición:

Una deficiencia en la inteligencia teórica, que es congénita o adquirida en la vida temprana y debido a esta deficiencia cognitiva estas personas presentan también un déficit motor. 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. (p. 72).

Examinando en la página web de la Sociedad Española de Odontopediatría³⁹ (2008)

se puede conocer a los pacientes con necesidad de cuidados especiales como:

Aquellos que tienen una condición limitante de tipo físico, mental, sensorial, conductual, cognitivo, emocional o del desarrollo que requieren tanto control

³⁸Marulanda, J. et.al. (2011). *Salud oral en discapacitados*. Revista CES Odontología Vol. 24 - No. 1. [En Línea]. Consultado: [18, mayo, 2014]. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/viewFile/1477/972>

³⁹Sociedad Española de Odontopediatría. (2008). XXXVI Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría. [En Línea]. Consultado: [24, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.odontologiapediatrica.com/necesidades_especiales

médico como procedimientos intervencionistas para el control de la salud y/o el uso de programas y servicios especializados.

La provisión de salud a los pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud está más allá de lo que se considera rutina y requiere de un conocimiento especializado acompañado de un aumento de concienciación, atención y acomodación al paciente.

Los jóvenes pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud deben tener acceso a los servicios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades que enfoque sus necesidades de salud oral de un modo comprensible, centrado en la familia y basado en la comunidad. Para ello, hemos de hacer hincapié en los siguientes aspectos: 1. Revisiones a los niños con necesidades especiales para el cuidado de su salud. 2. Provisión de cuidados óptimos. 3. Supervisión de la Salud Oral. 4. Prevención de la enfermedad oral. 5. Control de conducta.(p. 1).

Considerando la publicación de Marcano⁴⁰ (2014) sobre las necesidades especiales se expone su clasificación en las siguientes categorías:

Necesidades especiales por razones médicas:

Es posible que los niños con problemas médicos requieran de más exámenes de lo normal, deban permanecer en el hospital de forma prolongada o permanente, requieran y dependan de equipo costoso para preservar su salud, y además, necesiten de hospedaje, lugares o sitios de aprendizaje aptos para personas con discapacidad para que ellos puedan funcionar. Algunas de las condiciones médicas graves que afectan a los niños incluyen el cáncer, la distrofia muscular, defectos en el corazón, fibrosis quística, así como condiciones crónicas, tales como el asma y la diabetes. Igualmente abarca condiciones congénitas tales como la parálisis cerebral, enanismo y otros padecimientos como la obesidad o alergias alimenticias entre otros.

Necesidades especiales por el comportamiento:

Las familias con niños con trastornos en el comportamiento requieren de estrategias especializadas que se adaptan a sus habilidades. Entre las enfermedades más comunes que afectan el comportamiento de los niños se encuentra el Trastorno de Deficiencia de Atención e Hiperactividad, la Disfuncionalidad de Integración Sensorial, el Síndrome de Tourette, todos padecimientos que requieren de atención adicional y especializada para lograr un desarrollo saludable de los niños y sus familias.

Necesidades por el desarrollo:

Desde el retraso mental, hasta diagnósticos como el Síndrome de Down y el autismo son ejemplos de las enfermedades que evitan a los niños que la padecen participen y sean integrados a la educación convencional. En Estados Unidos existen leyes como No Child Left Behind que integran a dichos niños al sistema educativo y además, garantizan que dicha población infantil puede

⁴⁰Marcano, N. (2014). Niños *con Especiales*. *Salud Infantil*. [En Línea]. Consultado: [23, mayo, 2014]. Disponible en: <http://saludinfantil.about.com/od/Discapitados/a/Qu-E-Es-Un-Ni-No-Especial.htm>

beneficiarse de los servicios, terapias, educación e integración que tanto necesitan.

Necesidades especiales por el aprendizaje:

Los trastornos de aprendizaje son problemas que afectan la habilidad del cerebro de recibir, procesar, analizar y almacenar información. La mayoría de los niños afectados por dicho trastorno, normalmente les cuesta cumplir con las tareas escolares, a pesar a su capacidad intelectual. Estos niños requieren de estrategias de aprendizaje especializadas para lograr su máxima capacidad y evitar problemas de baja autoestima y problemas de conducta. Entre los trastornos de aprendizaje más comunes están: la dislexia y el Trastorno Centrales de Percepción Auditiva o (conocido por sus siglas en inglés como (DPAC) el cual abarca varios trastorno relacionados a la manera que el cerebro procesa la información auditiva. Algunas escuelas desarrollan programas llamados Programa de Educación individualizado o (IEP) para definir las fortalezas y debilidades de aprendizaje de los niños y trabajan conjuntamente con las familias para garantizar el avance académico de los niños que padecen de estostrastornos.

Necesidades por trastornos psicológicos:

Enfermedades como la depresión y la ansiedad entre otras son enfermedades habituales entre los niños. Cuando la depresión no desaparece y comienza a afectar el rendimiento escolar y la conducta del niño, es importante que se les pueda ofrecer la terapia, medicamentos y en ocasiones, la hospitalización necesaria para que se recupere y retome su cotidianidad. (p. 1).

Considerando la obra de Puceiro⁴¹ (2013) sobre los niños y Adolescentes con capacidades especiales de salud se puede exponer que:

Las personas con capacidades especiales son aquellas que requieren de un proceso de aprendizaje diferente para desarrollar sus habilidades y capacidades.. Dichas personas resultan vulnerables, pues necesitan de apoyo constante, y confianza en su posibilidad de encontrar caminos para crecer y realizarse plenamente.

Esta necesidad de apoyo continuo también genera respuestas de sobreprotección, o en ocasiones de indiferencia. Las respuestas que ha brindado la misma comunidad a lo largo de siglos no han sido satisfactorias. La reacción espontánea tiende a eliminar a quiénes son diferentes, quiénes escapan a los criterios de normalidad que fija una sociedad. Así el camino para las personas con capacidades especiales, y necesidades educativas especiales se hace difícil de no contar con aliados desde el momento de su concepción.

El aprendizaje de la convivencia y de la solidaridad, son experiencias imborrables que preparan a las personas para generar una sociedad que se preocupa por el bienestar y la felicidad de todos. El inventario diario que debemos realizar sobre cuáles son las habilidades, talentos o capacidades especiales de los otros, comienza desde uno mismo. Es menester una apertura

⁴¹Puceiro, N. (2013). *Personas con capacidades especiales*. [En Línea]. Consultado:[18, mayo, 2014]. Disponible en:<http://www.aciprensa.com/Familia/educaespecial.htm>

hacia el cambio y la mejora personal. Esto rige en todas las etapas de la vida. Desde la tercera y cuarta edad, los abuelos somos testigos de esa importante urgencia. Desde cierta etapa de la vida, al observar lo pasado, y comparar con los eventos presentes y con el futuro que se desea alcanzar, se descubre que desde todas las generaciones que conviven, surgen respuestas afectuosas, de apoyo y acompañamiento de los miembros más vulnerables. Ese acompañamiento requiere que sea realizado con conocimiento y sentimientos positivos.

No se logran dichos estilos sólo con desearlo mágicamente. Se requiere preparación y capacitación para aprender a acompañar. La alianza del niño, el joven, el adulto, con los terapeutas y docentes, los amigos, vecinos, compañeros de la Escuela, forja una verdadera red de contención. Todo se da de manera natural, en la medida en que ese vínculo afectivo se consolide, y se cuide. (p. 1).

Indagando en la obra de Ganem⁴² (2011) se pudo conocer las habilidades básicas que un dentista pediátrico debe tener, estas son:

1. Conocimiento de los elementos y condiciones médicas para entender los procesos biológicos y terapias que afectan la prestación de atención bucodental.
2. El conocimiento de las implicaciones de la salud oral, tales como la enfermedad periodontal precoz en el síndrome de Down o la hiperplasia gingival en pacientes con trastornos convulsivos.
3. Habilidades esenciales de manejo de comunicación, estabilizar y tratar a los pacientes en la atención de la salud.
4. El conocimiento de entorno social, terapéutico y cultural de aquellos con necesidades de cuidado especial.(p.4).

Considerando la obra de Ganem⁴³ (2011) se conoció que:

La atención bucodental para los niños con necesidades especiales de salud requiere conocimientos especializados, una mayor conciencia, atención y acomodaciones. Los proveedores de salud pueden empezar a motivarse y a crear una práctica orientada a atender a personas con discapacidades a través de la aplicación de una filosofía de práctica. Esta filosofía se adquiere una vez que el especialista tiene una comprensión clara de las áreas donde puede haber obstáculos para el acceso a la atención de salud; las prácticas dentales requieren ser accesibles en su arquitectura con el personal competente que se

⁴²Ganem,I. (2011b). *Odontología para niños con necesidades especiales*. [En Línea]. Consultado:[18, mayo, 2014] Disponible en: <http://media.dentalcare.com/media/en-US/education/ce6386/ce6386.pdf>

⁴³Ganem, I. (2011). *Odontología para niños con necesidades especiales*. [En Línea]. Consultado: [18, mayo, 2014]. Disponible en: <http://media.dentalcare.com/media/en-US/education/ce6386/ce6386.pdf>

comunica efectivamente con el paciente con discapacidades mentales y físicas.(p. 2).

Analizando en la obra de Chávez y Alarcón⁴⁴ (2012) se pudo citar que:

La pubertad es el complejo proceso de maduración sexual dando lugar a un individuo capaz de reproducirse, no es un episodio aislado, sino más bien es una fase endocrinológica de eventos que producen cambios en el aspecto físico y en el comportamiento de los adolescentes. La incidencia y la gravedad de la gingivitis en los adolescentes se ven influidos por una variedad de factores, incluyendo los niveles de placa, caries dental, respiración por la boca, el apiñamiento y mal posición dental; Sin embargo, el aumento de los niveles de esteroides hormonales durante la pubertad tiene un efecto transitorio sobre el estado inflamatorio de la encía. (p.167).

Investigando en la publicación de Rodríguez⁴⁵ (2009) se puede citar que:

Todos los niños y adolescentes con necesidades especiales tienen todos los derechos y garantías consagradas y reconocidas por las Leyes, además de los inherentes a su condición específica. El Estado, la familia y la sociedad deben asegurarles el pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades, así como el goce de una vida plena y digna. (párr. 2).

Indagando en la publicación de Educación Inicial⁴⁶, (2013) sobre el síndrome de Down se puede referenciar que:

El Síndrome de Down es una alteración cromosómica que causa retraso en el desarrollo físico e intelectual y que se encuentra por igual en todas las culturas y clases sociales. La Deficiencia no se asocia a carencia sino a exceso. Para conseguir que las personas con Síndrome de Down aprendan a leer, escribir, desenvolverse por sí solo..., deben ser instruidos desde niños, ya que cuando son adultos es muy difícil que aprendan, aunque no imposible. El 95% de los

⁴⁴Chávez, N. y Alarcón, M. (2012b). *Enfermedades gingivales en adolescentes*. [En Línea]. Consultado: [17, mayo, 2014]. Disponible en:http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n3/reh_vol22_n3_12_art05.pdf

⁴⁵Rodríguez, M. (2009). *Derecho de los Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales*. [En Línea]. Consultado : [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://derechosnya.blogspot.com/2009/05/derechos-de-los-ninos-y-adolescentes.html>

⁴⁶Educación Inicial. (2013). *Principales características de niños con síndrome de Down*. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.educacioninicial.com/EI/contenidos/00/0250/256.ASP>

niños con Síndrome de Down cuando reciben un tratamiento adecuado presentan un nivel de deficiencia intelectual ligera o moderada. (párr. 2).

Estudiando en la obra publicada por el Centro médico Online⁴⁷ (2014) sobre el síndrome de Down, se puede exponer que:

El síndrome de Down es una anomalía genética que se produce a consecuencia de un fallo en el momento de la concepción. El número normal de cromosomas en el ser humano es de 46, distribuidos en 23 parejas, siendo la última los cromosomas sexuales X e Y. Estos cromosomas constituyen la información genética del ser humano. El óvulo fecundado recibe un cromosoma de la madre y un cromosoma del padre para conformar cada una de las 23 parejas de cromosomas pero, a veces, ocurre una anomalía que consiste en la aparición de un cromosoma extra en el par número 21, lo que se conoce como trisomía del cromosoma 21.

La trisomía del cromosoma 21 es la anomalía cromosómica más frecuente: afecta a 1 de cada 700 niños nacidos vivos en todas las razas, sin distinción de ambiente geográfico ni de clase social. La trisomía 21 produce el síndrome de Down o mongolismo, descrito por el doctor John Langdon Down en 1866. En el 95% de los pacientes con este síndrome hay una trisomía del cromosoma 21 (que significa que hay tres cromosomas nº 21, cuando lo normal es que sean solo dos), y el 5% restante presenta una translocación cromosómica (un cambio de fragmentos de genes entre distintos cromosomas).

Esta alteración genética provoca que el bebé afectado nazca con un grado variable de discapacidad mental, unos rasgos físicos característicos y algunas patologías asociadas que veremos a continuación.(p.1).

Investigando en la publicación de Centro médico Online⁴⁸ (2014) se puede exponer sobre los signos y síntomas más importantes del Síndrome de Down se localizaron los siguientes:

- Hipotonía muscular marcada (falta de fuerza en los músculos).
- Retraso mental.
- Fisonomía característica con pliegues epicánticos y abertura palpebral sesgada hacia arriba y afuera (pliegue de piel en el ángulo interno del ojo) y raíz nasal deprimida.

⁴⁷Centro Médico Online. (2014). *Síndrome de Down*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/sindrome-de-down/sindrome-de-down-2239>

⁴⁸Centro Médico Online. (mayo, 2014b). *Síndrome de Down*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/sindrome-de-down/sindrome-de-down-2239>

- Hipoplasia maxilar y del paladar que determina la protrusión de la lengua (el hueso maxilar de la cara está poco formado y la boca es pequeña, de modo que la lengua no cabe en ella y sale hacia afuera).
- Anomalías internas, principalmente del corazón y del sistema digestivo: defectos del tabique ventricular, conducto arterioso permeable, atresia o estenosis duodenal (estrechez o falta de desarrollo de una parte del intestino).
- Dedos cortos con hipoplasia de la falange media del quinto dedo (falta de desarrollo de la falange media del meñique).
- Dermatoglifos característicos con el surco simiesco en la palma (huella dactilar alterada con un pliegue en la palma de la mano de forma transversal, similar al del mono). (p. 2).

Como se ha investigado el síndrome de Down no se puede curar. Sin embargo, en la publicación de MyChild⁴⁹, (2014) se puede citar que:

Un tratamiento temprano puede ayudar a muchas personas con síndrome de Down para vivir una vida productiva en la edad adulta. Los niños con síndrome de Down a menudo se pueden beneficiar de la terapia de habla, terapia ocupacional y ejercicios para ayudar a mejorar sus habilidades motoras. También podrían ser ayudados por la educación especial y la atención en la escuela. (p. 2).

Considerando la obra publicada por MyChild⁵⁰ (2014) sobre los niños con parálisis cerebral se puede exponer que:

Parálisis cerebral (PC) es un término de diagnóstico amplio utilizado para describir un problema con el movimiento y la postura que hacen ciertas actividades difíciles. Aunque una persona con parálisis cerebral tienen problemas para mover sus músculos, esto no se debe a que hay algo mal con los músculos o los nervios. Estas dificultades son causadas debido a problemas en el cerebro. La parálisis cerebral puede ser el resultado de una lesión en el cerebro durante la gestación o en el primer año de vida, o se producen cuando el cerebro no se desarrolla adecuadamente durante la gestación. El cerebro lesionado o anormal es incapaz de controlar perfectamente el movimiento y la postura.

⁴⁹MyChild. (2014). *Tratamiento para el síndrome de Down*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.mychildwithoutlimits.org/understand/down-syndrome/down-syndrome-treatment/?lang=es>

⁵⁰MyChild. (2014). *Qué es la parálisis Cerebral*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.mychildwithoutlimits.org/understand/cerebral-palsy/?lang=es>

En pocas palabras, “cerebral” se refiere al cerebro, y “parálisis” se refiere a la debilidad muscular y el mal control. Aunque el cerebro no empeorará, las personas con parálisis cerebral cambiarán con el tiempo. A veces van a mejorar, y algunos pacientes permanecerán igual. De vez en cuando va a empeorar, por lo general debido al cambio en el tono muscular o el desarrollo de contracturas articulares.

Actualmente no existe una cura para la parálisis cerebral, sin embargo existen diferentes opciones de tratamiento para las personas con parálisis cerebral. Estas opciones incluyen la terapia, medicamentos, cirugía, educación y apoyo. Al tomar ventaja de estos tratamientos, las personas con parálisis cerebral pueden mejorar su función, reducir al mínimo el desarrollo de temas complicados y optimizar la calidad de sus vidas. (p.1).

Investigando la obra de Martín⁵¹ (2013) se puede conocer que:

Los síntomas de la parálisis cerebral varían significativamente de un paciente a otro, por lo que no existen dos casos iguales, se suelen observar antes de los dos años de edad. Los niños afectados muestran retrasos en su capacidad para sentarse, girar, alcanzar un objeto, gatear o ponerse de pie. La clasificación clínica de los pacientes con parálisis cerebral se basa en características observadas en los niños afectados, que están relacionadas con el tipo de trastorno motor predominante y la extensión y gravedad del mismo, la presencia de otros trastornos asociados (con frecuencia se observarán también trastornos sensitivos, cognitivos, conductuales, epilepsia, retraso mental). (párr. 1).

Investigando en la obra del Dr. Tango⁵² (2013) sobre la parálisis cerebral, se puede citar que:

No hay ninguna cura para la parálisis cerebral. El objetivo del tratamiento es ayudar a la persona a ser lo más independiente posible.

El tratamiento requiere un abordaje en equipo, que incluye:

- Un médico de atención primaria
- Un odontólogo (se recomiendan los chequeos dentales más o menos cada 6 meses)
- Un trabajador social
- Enfermeras

⁵¹Martín, E. (2013). *Síntomas de la Parálisis Cerebral*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/paralisis-cerebral/sintomas-de-paralisis-cerebral-2833>

⁵²Dr. Tango. (2013). *Parálisis Cerebral*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000716.htm>

- Terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y logopedas
- Otros especialistas, que incluyen un neurólogo, un médico especialista en rehabilitación, un neumólogo y un gastroenterólogo

El tratamiento se basa en los síntomas de la persona y en la necesidad de prevenir complicaciones.

Los cuidados personales y en el hogar abarcan:

- Recibir alimento y nutrición suficientes
- Mantener la casa segura
- Llevar a cabo ejercicios recomendados por los médicos
- Practicar el cuidado apropiado del intestino (ablandadores de heces, líquidos, fibra, laxantes, defecaciones regulares)
- Proteger las articulaciones de lesiones. (p. 1).

Investigando en la publicación de Perdomo⁵³ (2014) sobre la displasia de cadera se conoció que:

La displasia de cadera es una condición común en los bebés y las estadísticas indican que se presenta más en las niñas que en los niños. Durante los primeros meses de vida, un pediatra hará un examen para detectar si un bebé tiene o no tiene displasia. Lo que se hace es una serie de movimientos para determinar si las articulaciones funcionan de manera correcta; si el médico detecta alguna anomalía, es posible que pida exámenes más especializados como ecografías o radiografías, dependiendo de la edad del bebé. (párr. 2).

Investigando la clasificación de la displasia de cadera se encuentra la obra de López⁵⁴ (2011) en la que se expone de la siguiente forma:

Luxación típica Tiene lugar antes del 40 mes de gestación. Niño nace con la cadera luxada. Esta situación está ligada a algo que ha sucedido en el periodo embrionario. Prenatal: La que se produce y puede evidenciarse por estudio ecográfico en los días o semanas previos. Perinatal: La que se produce en el nacimiento o inmediatamente después. Postnatal o tardía: La que se produce en las semanas o meses después. (párr.2).

⁵³Perdomo, M. (2014). *Qué es la Displasia de cadera*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: <http://bebe.about.com/od/enfermedades/f/Qu-E-Es-La-Displasia-De-Cadera.htm>

⁵⁴López, B. (2011). *La Displasia de cadera*. Working at Hospital Roosevelt Guatemala. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/borisnfl/displasia-de-cadera-6979906>

Examinando en el texto de Caballero⁵⁵ (2011) sobre el tratamiento de la displasia de cadera, se puede citar que:

El tratamiento depende del momento del diagnóstico de la DDC y de su gravedad.

Cuanto antes se inicie, mayor es la posibilidad de una buena respuesta y una curación completa

En menores de 6 meses el tratamiento consiste en un *arnés o correas de Pavlik*. Es un dispositivo compuesto por unas correas que van sujetas a una especie de faja que rodea el pecho del bebé. Es inocuo y bien tolerado, y el Traumatólogo infantil debe instruir a los padres sobre su correcta colocación y ajuste para lograr la posición adecuada (ver dibujo).

La duración del tratamiento es variable (de 2-4 meses), hasta que se recoloca el fémur en la cadera. Con esta técnica se resuelven hasta un 90% de los casos. (Párr. 7).

Investigando en la obra de García⁵⁶, (2010) sobre la ataxia, se puede citar que “La ataxia es, en principio, un síntoma, no es una enfermedad específica o un diagnóstico. Ataxia quiere decir, torpeza o pérdida de coordinación”. (párr. 1)

Indagando en la obra de Vacas⁵⁷ (2014) se pudo conocer que:

La clasificación de las ataxias es muy compleja pero, a grandes rasgos, se pueden dividir en dos grupos: las hereditarias (se transmiten de generación en generación, aunque no aparecen necesariamente en todas las generaciones), y las adquiridas (no están presentes al nacer, sino que aparecen durante la vida del individuo como consecuencia de la influencia ambiental o de procesos de enfermedad, por lo que no se transmiten a los descendientes). (párr. 3).

Considerando la publicación de Salud⁵⁸ (2009) se puede referenciar que:

⁵⁵Caballero, M. Chinarro, P. (2012). *Displasia de cadera*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/enfermedades/aparato-locomotor/displasia-de-cadera>

⁵⁶Dr. García, T. *Qué es la Ataxia*. Asociación Marileña de Ataxias. [En Línea]. Consultado: [16, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.atamad.org/index.php/que-es-la-ataxia.html>

⁵⁷Vacas, M. (2014). *Ataxia*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/ataxia/ataxia-12618>

Al igual que muchas enfermedades degenerativas del sistema nervioso, actualmente no hay una cura eficaz o tratamiento para la Ataxia de Friedreich. Sin embargo, muchos de los síntomas y complicaciones asociados a esta enfermedad pueden ser tratados con el fin de ayudar a los pacientes a mantener un funcionamiento óptimo por el mayor tiempo que sea posible. La diabetes, si se halla presente, puede tratarse con dieta y medicamentos tales como la insulina, y algunos de los problemas cardíacos pueden tratarse con medicamentos también. Los problemas ortopédicos tales como las deformaciones de los pies y la escoliosis pueden tratarse con soportes o cirugía. La terapia física puede prolongar el uso de los brazos y las piernas. Los científicos esperan que los adelantos recientes en la comprensión de los aspectos genéticos asociados a la Ataxia de Friedreich puedan conducir a avances trascendentales en el tratamiento. (p. 1).

Indagando en la página web de la Federación Española de Asociaciones⁵⁹ (2011) sobre la hidrocefalia, se pudo conocer que:

La Hidrocefalia o "agua en el cerebro", es la acumulación de líquido cefalorraquídeo (LCR) o cerebroespinal dentro de la cabeza, generalmente por su inadecuada absorción. Normalmente, el cerebro produce continuamente LCR por medio de unas células especializadas que están dentro de los ventrículos del cerebro. Este LCR circula primero dentro de los ventrículos y luego sale bañando el cerebro y la médula espinal, para ser finalmente reabsorbido otra vez en el flujo sanguíneo. Un bloqueo del flujo o drenaje del LCR produce una acumulación de LCR, agrandamiento de los ventrículos y una mayor presión dentro de la cabeza. (párr. 1).

Investigando en la página web de Salud⁶⁰(2009) se pudo conocer que se puede clasificar a la hidrocefalia de la siguiente manera:

Congénita: La hidrocefalia congénita se halla presente al nacer y puede ser ocasionada por enfermedades durante el embarazo, por trastornos genéticos y lesiones durante el parto.

Adquirida: La hidrocefalia adquirida se desarrolla en el momento del nacimiento o más tarde. Este tipo de hidrocefalia puede afectar a las personas de todas las edades y puede ser ocasionado por una lesión o una enfermedad. (párr. 8).

⁵⁸Salud. (2009). *Tratamiento para la Ataxia de Friedreich*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/ataxia>

⁵⁹Federación Española de Asociaciones. (2012). *Espina bífida e Hidrocefalia*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en: http://febhi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=196

⁶⁰Salud. (2009). *Tipos de Hidrocefalia*. [En Línea]. Consultado: [19, mayo, 2014]. Disponible en: <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapacitantes/H/Hidrocefalia/Paginas/Hidrocefalia.aspx>

Examinando lo publicado por National Institutes of Health⁶¹, (2010) sobre la hidrocefalia, se puede citar que:

La hidrocefalia se trata con más frecuencia mediante la colocación quirúrgica de un sistema de derivación. Este sistema desvía el flujo del líquido cerebroespinal de un lugar dentro del sistema nervioso central a otra zona del cuerpo donde pueda ser absorbido como parte del proceso circulatorio.

Una derivación es un tubo silástico flexible pero robusto. Un sistema de derivación consiste en el tubo, un catéter y una válvula. Un extremo del catéter se coloca en el sistema nervioso central - las más de las veces dentro del ventrículo en el interior del cerebro, pero, también, puede ser colocado dentro de un quiste o de un lugar cercano a la médula espinal. El otro extremo del catéter se coloca normalmente dentro de la cavidad peritoneal (abdominal), pero también puede colocarse en otros lugares dentro del cuerpo, tales como en una cámara del corazón o en una cavidad en el pulmón donde el líquido cerebroespinal puede drenar y ser absorbido. Una válvula situada a lo largo del catéter mantiene el flujo en una dirección y regula la cantidad de flujo del líquido cerebroespinal.

Un número limitado de pacientes pueden ser tratados con un procedimiento distinto llamado tercera ventriculostomía. Con este procedimiento, un neuroendoscopio - cámara pequeña diseñada para visualizar áreas quirúrgicas reducidas y de difícil acceso - permite a un médico ver la superficie ventricular utilizando la tecnología de fibra óptica. El neuroendoscopio se guía en posición de forma que pueda efectuarse un pequeño orificio en la base del tercer ventrículo, permitiendo al líquido cerebroespinal pasar la obstrucción y fluir hacia el lugar de reabsorción alrededor de la superficie del cerebro. (párr. 11).

Investigando en el trabajo realizado por del Dr. Tango⁶² (2014) sobre la atrofia muscular, se puede plantear como “un grupo de trastornos hereditarios que provocan debilidad muscular y pérdida del tejido muscular, las cuales empeoran con el tiempo”. (párr. 1).

⁶¹National Institutes of Health. (2010). *Trastornos Neurológicos*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/la_hidrocefalia.htm

⁶²Dr. Tango. (2014). *Distrofia Muscular*. [En Línea]. Consultado: [18, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001190.htm>

Analizando el artículo publicado por Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos⁶³

(2009) se pudo conocer que:

No existe tratamiento específico que pueda detener o revertir la evolución de cualquier forma de distrofia muscular. Todas las formas de distrofia muscular son genéticas y no pueden prevenirse. El tratamiento se dirige a mantener al paciente independiente durante el mayor tiempo posible y evitar las complicaciones resultantes de la debilidad, la movilidad disminuida, y las dificultades cardíaca y respiratoria. El tratamiento puede implicar una combinación de enfoques, incluidas la fisioterapia, la terapia medicamentosa y la cirugía. (párr. 1).

Indagando en la obra de López⁶⁴ (2012) sobre la hemiplejia, se puede exponer que:

La hemiplejia es la parálisis de un lado del cuerpo. Es producida principalmente por un Accidente Cerebro Vascular (ACV), o por un Trauma Encéfalo Craneano (TEC). Si bien es más frecuente en adultos mayores, la hemiplejia puede darse a cualquier edad.

La parálisis es al lado contrario del de la lesión en el sistema nervioso, es decir, si un ACV ocurre en el hemisferio izquierdo, la hemiplejia será en el lado derecho del cuerpo. No es siempre una parálisis completa y de toda la mitad lateral del cuerpo; de acuerdo al área afectada del hemisferio cerebral, la hemiplejia puede anular el movimiento de una parte de la cara, de un brazo, de una pierna, o de los dos miembros (brazo y pierna) de una mitad del cuerpo. Además no solo se pierde el movimiento, también hay pérdida de sensibilidad, y otras funciones pueden verse disminuidas, como la visión, audición, el habla y, en ocasiones, aspectos cognitivos. Es relevante saber que no es lo mismo hemiparesia que hemiplejia. La hemiparesia corresponde a una debilidad muscular, a una reducción de la fuerza, no a una parálisis del movimiento.

La hemiplejia produce Discapacidad física importante en quienes la padecen. La estabilidad, alineación y postura del cuerpo se alteran, corriendo el riesgo de perder el equilibrio y caer, de tropezar si la marcha aún es posible, o de accidentarse con mayor facilidad ante la imposibilidad de sentir, por ejemplo, si se quema. En el caso de hemiplejia en el rostro, hablar o comer puede ser difícil para la persona afectada.

Es necesaria la rehabilitación y educación respecto al cuidado que se debe tener de todo el cuerpo. Si la persona es diestra, y sufre hemiplejia del brazo

⁶³Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos. (2009). *Distrofia muscular*. Como se tratan las distrofias musculares.[En Línea]. Consultado: [19, mayo, 2014]. Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/distrofia_muscular.htm

⁶⁴López, R. (2012). *Qué es la hemiplejia y por qué se presenta*. [En Línea]. Consultado: [21, agosto, 2014]. Disponible en: <http://guioteca.com/discapacidad/que-es-la-hemiplejia-y-por-que-se-presenta/>

derecho, deberá aprender a utilizar el brazo y la mano izquierda para escribir, alimentarse, vestirse, etc. Esto no significa que si el brazo derecho no se mueve hay que olvidarse de él; la persona debe movilizar los segmentos paralizados con el fin de disminuir el dolor, evitar el acortamiento de tejidos, y para ayudar a las partes del cuerpo que mantienen movilidad, junto a evitar accidentes. Finalmente no se debe olvidar el apoyo emocional, ya que ocurre un cambio en la percepción de sí mismo. (párr. 2).

Considerando la publicación de Romeu⁶⁵ (2012) sobre la hemiplejia se puede referenciar que:

Hemiplejía significa parálisis de la mitad del cuerpo. Es lo que, en catalán, se llama feridura. Cuando aparece de forma aguda y rápida suele deberse a lo que se denomina accidente vascular cerebral (AVC), bien por embolia, bien por hemorragia. La embolia cerebral sucede cuando un coágulo de sangre obstruye (es decir, tapa como un émbolo) una arteria. La hemorragia deriva de la rotura de una arteria o vena, con la consiguiente salida de sangre, la cual forma un hematoma cerebral.

Sea cual sea la causa, una zona del cerebro queda sin el adecuado riego sanguíneo. Si la zona cerebral afectada “muere”, aparece un infarto cerebral. En el cuerpo se reflejan parálisis y pérdidas de función relacionadas con la zona cerebral afectada. Por ejemplo: una lesión en la zona temporal izquierda (la que está por debajo del hueso temporal del cerebro, más o menos bajo el oído) dará lugar a parálisis en brazo derecho y/o pierna derecha, junto a probable afectación del habla. (párr. 1).

Analizando la obra de Fernández⁶⁶ (2010) sobre el tratamiento para este tipo de enfermedad se puede citar que:

En la evolución del proceso de rehabilitación tras el accidente cerebral se interponen multitud de variantes que van a modificar e influir en el progreso hacia una funcionalidad completa de la extremidad superior y determinan, en última instancia, el grado de recuperación o de deterioro residual.

Antes de comenzar el proceso de intervención en terapia ocupacional para la rehabilitación de la extremidad superior, es preciso que el paciente haya adquirido un adecuado control de tronco en sedestación. Durante las primeras

⁶⁵ Doc. Romeu. (2012). *La hemiplejía*. Gabinete Médico y Psicológico. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.drromeu.net/hemiplejia/>

⁶⁶ Fernández, E. Ruíz, A. Sánchez, G. (2010). *Tratamiento de la extremidad superior en la Hemiplejia desde terapia ocupacional*. Revista Web. [En Línea]. Consultado: [21, agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/original1.pdf>

etapas, cobra especial relevancia la forma de posicionar el miembro superior. La estructura anatómica y las conexiones de motoneuronas corticales a los músculos de la mano permiten una gran variedad de configuraciones articulares y posibilidades funcionales. Ya que configurar la mano para la manipulación es, en parte, una función de su anatomía, en los estadios iniciales tras la lesión es esencial conservar la integridad de las relaciones óseas de la mano (flexibilidad articular y longitud muscular) para permitir la recuperación de la actividad muscular dirigida a la capacidad de coger y manipular objetos. (4). Debemos hacer hincapié al paciente y a sus cuidadores para mantener un adecuado control postural y proporcionar los auto cuidados necesarios que eviten movimientos reflejos, futuras rigideces articulares y deformidades y la aparición de dolor. (p. 14).

Según investigaciones realizadas en la página web de salud⁶⁷(s. f.) sobre las guías de medicina, establecen el tratamiento de la hemiplejia de la siguiente manera:

De acuerdo a la etiología el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico en la mayoría de los casos el tratamiento es conservador el tratamiento puede ser instituido por médico urgenciólogo, Internista, Neurólogo, Geriatria, neurocirujano y cirujano oncólogo. Se debe valorar lo más temprano posible e iniciar in manejo terapéutico integral, de acuerdo al tipo de afección con el terapeuta físico, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje, trabajo social, ortesitas, psicología”.(párr. 38).

Analizando la obra de Oliva⁶⁸ (2004), sobre las enfermedades genéticas, se puede expresar que: “Es una concepción errónea en la que se fundamenta que si nos encontramos bien, las alteraciones genéticas no nos afectan. Con el fin de desmentir esta concepción es necesario clasificar a las enfermedades genéticas en: monogénicas, cromosómicas y en multifactoriales”. (párr. 15).

⁶⁷ Salud. (s.f.). Hemiplejia. *Guías Diagnósticas de medicina Física y Rehabilitación*. [En Línea]. Consultado: [21, agosto, 2014]. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/hemiplejia.pdf

⁶⁸ Oliva, R., Ballesta, F., Oriola, J. y Claria, J. (2004). *Genética Médica*. 3º edición. Reino de España:Universidad de Barcelona.

Indagando en la publicación de Santos⁶⁹ (s.f.) sobre la clasificación de las enfermedades genéticas se puede citar que:

Enfermedades Monogénicas (Mendelianas):

En las Enfermedades Mendelianas, está alterado un sólo gen (o locus), de ahí su nombre de monogénicas y se heredan siguiendo los clásicos patrones mendelianos. Aproximadamente, el 1% de los niños nacidos vivos son fenotípicamente anormales debido a la mutación de un gen. Se han reconocido cerca de 5.000 desórdenes potenciales de un gen (Mendeliano) y se sospecha de muchos otros.

Enfermedades Multifactoriales:

En las Enfermedades multifactoriales existen varios genes, ubicados en distintos cromosomas, de efecto fenotípico aditivo, no discernible individualmente) y una fuerte dependencia ambiental (multifactorial). Como ejemplo se tiene a las enfermedades comunes, tales como Diabetes, Hipertensión Arterial, Malformaciones Congénitas.

Aproximadamente un 1-2 % de neonatos que presentan alguna malformación congénita, poseen un complemento cromosómico normal y aparentemente no han sufrido mutación en el locus de un gen. En ellos, se supone que varios genes diferentes están comprometidos (herencia multifactorial). En esta categoría están incluidas la mayoría de las malformaciones limitadas a un solo órgano o sistema: hidrocefalia, anencefalia, espina bífida (defectos del tubo neural) hendiduras faciales (labio y paladar hendido), defectos cardíacos, estenosis pilórica, onfalocele, luxación de cadera, etc. Algunas de estas afecciones requieren de un umbral de expresión: sobre un determinado número de genes involucrados se presenta la afección, gatillada supuestamente por algún factor ambiental. Para el caso de algunos casos de defectos del tubo neural, además de los genes se ha logrado identificar al ácido fólico como un factor ambiental contribuyente en la aparición de tales defectos.

Enfermedades Cromosómicas. (p. 1).

Considerando la obra de García⁷⁰ (2005) se puede exponer a la genética médica como:

La genética médica incluye cualquier aplicación de la genética en la práctica médica. Abarca los estudios de la herencia de las enfermedades familiares, la

⁶⁹Santos, M. (s.f.). *Enfermedades genéticas en pediatría*..[En Línea]. Consultado: [25, agosto, 2014]. Disponible en:<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/genetica.html>

⁷⁰ García, M. (2005). *Genética Médica*. 3º edición. Reino de España: Universidad de Salamanca.

localización específica de los genes de las enfermedades en los cromosomas, el análisis de los mecanismos moleculares mediante los cuales los genes causan la enfermedad y el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades genéticas. Como consecuencia del rápido progreso de la genética molecular, se ha iniciado recientemente la terapia genética, la inserción de genes normales con la finalidad de corregir las enfermedades genéticas. La genética médica también incluye el consejo genético, que implica la comunicación a los pacientes y a sus familias de la información relativa a los riesgos, el pronóstico y el tratamiento. (párr. 2).

Analizando la obra de Hoffmann⁷¹, (2013) define a las mal formaciones congénitas como: “La alteración en un mecanismo del desarrollo o como la ausencia de algún mecanismo del desarrollo embrionario que va alterar la formación de algún órgano, alguna estructura o algún segmento corporal y que está presente en el momento del nacimiento”. (párr. 1).

En el mismo artículo de Hoffmann⁷², (2013) se puede referenciar que:

Las malformaciones congénitas o defectos de nacimiento son deficiencias estructurales presentes al nacer y producidas por una alteración en el desarrollo fetal. Ellas pueden ser evidentes o microscópicas, apreciables en la superficie del cuerpo o por el contrario oculto, familiar o esporádico, hereditario o no, únicas o múltiples.

La aparición de estos defectos en el recién nacido muchas veces está asociado a trastornos genéticos. En otras palabras se originan en alteraciones de la estructura cromosómica del niño, si bien no en forma exclusiva. En general tienden a ser percibidos como muy poco frecuentes, aunque su magnitud se ha incrementado en forma importante al disminuir otras causas de enfermedades del recién nacido.

Ante el progreso de los cuidados generales, condiciones de saneamiento ambiental, nutrición, diagnóstico y tratamiento de infecciones las causas más tradicionales de enfermedad y muerte se han hecho menos importantes en los últimos 50 años y el problema de las malformaciones ha adquirido mayor importancia. El porcentaje de muertes atribuibles a defectos genéticos ha subido desde un 16,5 % en 1914 a 50 % en 1976 en hospitales de Inglaterra. (p. 2).

⁷¹Hoffmann, L. (2013). *Mal formaciones Congénitas*. Ecuared. [En Línea]. Consultado: [24, agosto, 2014]. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Malformaciones_cong%C3%A9nitas

⁷²Hoffmann, L. (2013). *Mal formaciones Congénitas*. Ecuared. [En Línea]. Consultado: [24, agosto, 2014]. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Malformaciones_cong%C3%A9nitas

Del mismo modo la mortalidad por estos defectos ha pasado a ser preponderante en todos los países mejor desarrollados, incluyendo Chile.

Aunque puede ser un tema de importante controversia, debo mencionar que en países del Hemisferio Norte los progresos en diagnóstico prenatal han disminuido la frecuencia de su aparición, dado que se acepta en muchos casos la posibilidad de aborto.

Por último su incidencia puede variar mucho si se consideran o no los abortos espontáneos ya que se estima que las pérdidas en el primer trimestre de embarazo se deben hasta en 50 a defectos genéticos. (párr. 1).

Investigando en la página, de la National Dissemination Center for Children With Disabilities⁷³, (2010) sobre trastornos del habla y lenguaje se puede citar al trastorno del habla y lenguaje como:

Un “*trastorno del habla o lenguaje*” se refiere a los problemas de la comunicación u otras áreas relacionadas, tales como las funciones motoras orales. Estos atrasos y trastornos varían desde simples substituciones de sonido hasta la inhabilidad de comprender o utilizar el lenguaje o mecanismo motor-oral para el habla y alimentación. Algunas causas de los impedimentos del habla o lenguaje incluyen la pérdida auditiva, trastornos neurológicos, lesión cerebral, discapacidad intelectual, abuso de drogas, impedimentos tales como labio leporino, y abuso o mal uso vocal. Sin embargo, con mucha frecuencia se desconoce la causa. (p. 1).

Indagando en la página de National Dissemination Center for Children With Disabilities⁷⁴, (2010) se pudo conocer que:

La comunicación del niño se considera atrasada cuando el niño está notablemente atrasado en comparación a sus compañeros en la adquisición de destrezas del habla o lenguaje. A veces el niño puede tener una mayor *habilidad receptiva* (comprensión) que *expresiva* (el habla), pero no siempre es así.

Los trastornos del hablase refieren a las dificultades en la producción de los sonidos requeridos para hablar o problemas con la calidad de la voz. Estos se pueden caracterizar por una interrupción en el flujo o ritmo del habla como, por ejemplo, el tartamudeo o falta de fluencia. Los trastornos del habla pueden

⁷³National Dissemination Center for Children WithDisabilitie. (2010). *Trastorno del habla o lenguaje*. [En Línea]. Consultado: [23, agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.nichcy.org/espanol/discapacidades/especificas/lenguaje>

⁷⁴National Dissemination Center for Children WithDisabilitie. (2010). *Trastorno del habla o lenguaje*. [En Línea]. Consultado: [23, agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.nichcy.org/espanol/discapacidades/especificas/lenguaje>

constituir problemas con la formación de sonidos, los cuales se llaman trastornos de la articulación o fonológicos, o pueden incluir dificultades con el tono, volumen, o calidad de la voz. Puede haber una combinación de varios problemas. Las personas con trastornos del habla pueden tener problemas para utilizar algunos sonidos requeridos para hablar, lo que podría ser síntoma de un retraso. Estos individuos pueden decir una palabra por otra o tener dificultad con pronunciar la “l” o la “r.” Puede resultar difícil comprender lo que dice una persona con un impedimento del habla. Las personas con trastornos de la voz pueden tener dificultad con el sonido de su voz.

Un *impedimento del lenguaje* es un impedimento en la habilidad para comprender o utilizar las palabras en unión, verbal y no-verbalmente. Algunas características de los impedimentos del lenguaje incluyen el uso impropio de palabras y sus significados, la inhabilidad de expresar ideas, modelos gramaticales impropios, un vocabulario reducido, y la inhabilidad de seguir instrucciones. Una de estas características o una combinación de éstas puede ocurrir en los niños que sean afectados por discapacidades en el aprendizaje del lenguaje o atrasos en el desarrollo del lenguaje. Algunos niños pueden escuchar o ver una palabra pero no pueden comprender su significado; y al mismo tiempo, pueden tener dificultades al tratar de comunicarse con los demás. (párr. 4).

Analizando en la página del Instituto Nacional de la Sordera y otros trastornos de la Comunicación⁷⁵, (2014) se pudo conocer que:

El desarrollo del habla y el lenguaje varía en los niños. Los profesionales de la salud miden los hitos de desarrollo normales para determinar si un niño está en el buen camino o si puede necesitar ayuda extra. Por ejemplo, un niño de un año de edad, generalmente balbucea una o dos palabras como "papá", "mamá", "ajó" o "agua".

A veces, un retraso puede ser causado por la pérdida de audición, mientras que otras veces puede deberse a un trastorno del habla o del lenguaje. Los trastornos del lenguaje pueden significar que el niño tiene problemas para entender lo que otros dicen o dificultades para compartir sus pensamientos. Los niños que tienen problemas para producir los sonidos del habla correctamente o que dudan o tartamudean al hablar pueden tener un trastorno del habla. (párr. 1).

⁷⁵Instituto Nacional de la Sordera y otros trastornos de la Comunicación. (2014). *Problema del habla y del lenguaje en niños*. [En Línea]. Consultado: [22, agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/speechandlanguageproblemsinchildren.html>

Considerando la publicación de la American Academy of Pediatrics en la página de [healthychildren](http://www.healthychildren.org)⁷⁶, (2014), se puede referenciar el retraso en el lenguaje como:

Los tipos más comunes de retraso del desarrollo. Uno de cada 5 niños aprenderá a hablar o a usar palabras más tarde que otros niños de su edad. Algunos niños también mostrarán problemas de comportamiento porque se frustran cuando no pueden expresar lo que necesitan o quieren. Los retrasos simples del habla a veces son temporales. Es posible que se resuelvan solos o con un poco de ayuda adicional de la familia. Es importante que estimule a su hijo para que “hable” con usted con gestos o sonidos, y que usted pase mucho tiempo leyendo, jugando y hablando con su bebé o niño pequeño. En algunos casos, su hijo necesitará más ayuda de un profesional capacitado, un terapeuta del habla y el lenguaje, para aprender a comunicarse. (párr. 1)

A veces los retrasos pueden ser un signo de advertencia de un problema más grave como pérdida auditiva, retraso del desarrollo en otras áreas o incluso un trastorno del espectro autista (TEA). Los retrasos del lenguaje al inicio de la infancia también podrían ser un signo de un problema de aprendizaje que posiblemente no se diagnostique hasta los años escolares. Es importante que le hagan una evaluación a su hijo si usted está preocupado por su desarrollo del lenguaje. (párr. 8).

Investigando en la página de [kidshealth](http://www.kidshealth.org)⁷⁷, (2014), se puede citar el tratamiento más común para personas con discapacidad de habla y lenguaje como:

La terapia del habla y del lenguaje es el tratamiento para la mayoría de los niños con discapacidades del habla y aprendizaje del lenguaje. Las discapacidades en el habla se refieren a problemas con la producción de sonidos, mientras que los problemas con el aprendizaje del lenguaje son las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas. (párr. 3).

Observando la obra de Banús⁷⁸ (2014) sobre la discapacidad Intelectual, se puede conocer que:

⁷⁶Healthychildren. (2014). *Retrasos en el lenguaje*. [En Línea]. Consultado: [24, agosto 2014]. Disponible en: <http://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/toddler/Paginas/Language-Delay.aspx>

⁷⁷Kidshealth. (2014). *Terapia del habla y del lenguaje*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/crecimiento/speech_therapy_esp.html

Es un desarrollo mental incompleto o detenido que produce el deterioro de las funciones completas de cada época del desarrollo, tales como las cognitivas, lenguaje, motrices y socialización; Se trata, pues, de una visión pluridimensional del R.M. en sus aspectos biológicos, psicológicos, pedagógicos, familiar y social. (párr. 2).

Considerando la obra de Becchi⁷⁹, (2009) se puede exponer que:

La esencia del retardo mental es la presencia de un coeficiente intelectual bajo y un problema considerable en la adaptación a la vida diaria. Presentando alteraciones a nivel orgánico, psíquico y socio-cognitivo. Se caracteriza por un funcionamiento inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retardo mental se manifiesta antes de los dieciocho años.(parr.1)

Una familia puede sospechar retardo mental cuando las habilidades motoras, las habilidades del lenguaje y de autoayuda no parecen desarrollarse en un niño o cuando se desarrollan a un ritmo mucho menor que el de otros niños de su edad.

Los niños con retardo mental pueden disfrutar de la vida al igual que todo el mundo. No nos debemos olvidar que un retardado mental puede llegar a ser un niño normal excepto en el plano de la inteligencia.

Se clasifica de acuerdo al nivel intelectual:

- Retardo mental leve (coeficiente intelectual -C.I.- entre 55-70)
- Retardo mental moderado (C.I. entre 40-55)
- Retardo mental severo (C.I. entre 25-40)
- Retardo mental profundo(C.I. menor de 25). (párr. 3).

Examinando en la página web de RelayHealth⁸⁰ (2014) se puede transcribir que:

El tratamiento se concentra en las destrezas educativas, de conducta y de autoayuda; La mayoría de los estados ofrecen programas de intervención temprana para niños de 0 a 3 años con una discapacidad intelectual. Algunos centros también ofrecen clases especiales para niños de 3 a 5 años de edad que tienen necesidades especiales. (párr. 5).

⁷⁸Banús, S. (2014). *El Retraso Mental. Psicología Infantil y Juvenil*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible

en:<http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornososocialesintelectuales/elretrasomental/index.php>

⁷⁹Becchi, M. (2009). *Retardo Mental*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en:<http://www.zonapediatrica.com/psicologia/retardo-mental.html>

⁸⁰RelayHealth. (2014). *Tratamiento para niños con discapacidad intelectual*. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.childrenshealthnetwork.org/CRS/CRS/pa_menret_spg.htm

Investigando en la página web de la OMS⁸¹, se pudo conocer que:

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todos los países y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Las convulsiones son episodios breves de contracciones musculares que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres.

Esos episodios se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales. Las descargas pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día. Una sola convulsión no significa epilepsia (hasta un 10% de la población mundial sufre una convulsión a lo largo de su vida). La epilepsia se define por dos o más convulsiones no provocadas. (párr. 1).

Considerando la misma página web de la OMS⁸², se pudo conocer que:

Las características de los ataques son variables y dependen de la zona del cerebro en la que empieza el trastorno, así como de su propagación. Pueden producirse síntomas transitorios, como ausencias o pérdidas de conocimiento, y trastornos del movimiento, de los sentidos (en particular la visión, la audición y el gusto), del humor o de la función mental.

Las personas con convulsiones tienden a padecer más problemas físicos, tales como fracturas y hematomas, y mayores tasas de otras enfermedades o problemas psicosociales y de trastornos tales como la ansiedad o la depresión. (párr. 5, 6).

Considerando los datos proporcionados por el Centro de Rehabilitación Integral Médico Especializado No. 3-INFA Portoviejo, se puede exponer que:

El Centro de Rehabilitación a diario atiende entre 250 y 300 personas en diversas especialidades prestando los siguientes servicios a la comunidad, atención en: Medicina General, Pediatría, Fisiatría, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Rayos X: Terapias: Físicas, de Lenguaje y Ocupacional; y Enfermería. (párr. 2).

2.2. Hipótesis.

⁸¹Organización Mundial de la Salud (2012). *Epilepsia. Datos y cifras*. Nota descriptiva No 999. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>

⁸²Organización Mundial de la Salud (2012). *Epilepsia. Datos y cifras*. Nota descriptiva No 999. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>

2.2.1. Unidades de observación y análisis.

-La unidad de observación y análisis está constituida por los pacientes con discapacidades que presentan manifestaciones gingivales atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo.

2.3. Variables.

2.3.1. Variable independiente.

-Pacientes con discapacidades.

2.3.2. Variable dependiente.

-Manifestaciones gingivales.

2.4. Matriz de operacionalización de las variables.

Ver anexo 1.3.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad básica de la investigación.

-Estudio descriptivo de campo.

3.2. Tipo de investigación.

-Estudio descriptivo de corte transversal.

3.3. Método.

Para determinar las manifestaciones gingivales se realizó una observación estructurada a 50 pacientes con discapacidades, atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral especializado No.3 INFA Portoviejo. Con la ayuda de una ficha de observación, en la que se registraron aspectos como el color, tamaño, forma y consistencia de la encía, y la presentación de sangrado. A estos pacientes se les determinó el índice gingival y las características clínicas de la encía, de manera que se pudo caracterizar las manifestaciones gingivales que se dan en ellos.

3.4. Técnica.

-Observación.

3.5. Instrumento.

-Ficha de observación.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

-Investigador

-Directora de tesis.

3.6.2. Materiales.

-Instrumentos de exploración odontológica.

-Materiales de oficina.

-Fotocopias.

-Textos relacionados al tema de investigación.

-Suministros de impresión.

3.6.3. Tecnológicos.

-Cámara fotográfica.

- Computadora.
- Flash memory.
- Impresora.
- Internet.

3.7. Población y muestra.

La población estudiada estuvo constituida por 50 pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo. La muestra fue constituida por todos los miembros de la población, lo cual concuerda con la naturaleza descriptiva del estudio.

3.8. Criterios de inclusión.

-Pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo.

3.9. Criterios de Exclusión.

- Pacientes con discapacidades con descompensación de su patología de base.
- Pacientes con discapacidades que no estén de acuerdo o cuyos tutores no estén de acuerdo con participar en el estudio como fuente de información.

3.10. Recolección de la información.

La recolección de la información necesaria para desarrollar el trabajo de investigación de campo se la efectuó mediante la aplicación de una ficha de observación a los pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica No.3 INFA Portoviejo.

3.11. Ética.

A todos los pacientes incluidos en la investigación se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contó con el consentimiento oral y escrito de los pacientes atendidos o en su defecto con la aprobación de personas responsabilizadas, para lo cual, se confeccionó una planilla. Los resultados de esta investigación fueron manejados con absoluta confidencialidad y se utilizó únicamente con fines científicos. Los detalles a informar para los pacientes y tutores aparecen en el propio documento de consentimiento informado, que se muestra en el anexo 1.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

4.1. Análisis e interpretación.

El universo poblacional con el cual se trabajó para el levantamiento de la información de campo, estuvo constituido por 50 pacientes, entre niños, niñas y adolescentes que asisten al Centro de rehabilitación médica N° 3 INFA Portoviejo.

Cuadro 1.

Edad.

#	Alternativa.	f	%
1	7 años.	8	16
2	8 años.	5	10
3	9 años.	4	8
4	10 años.	10	20
5	11 años	4	8
6	12 años.	2	4
7	13 años.	15	30
8	15 años.	1	2
9	18 años.	1	2
Total.		50	100

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 89.

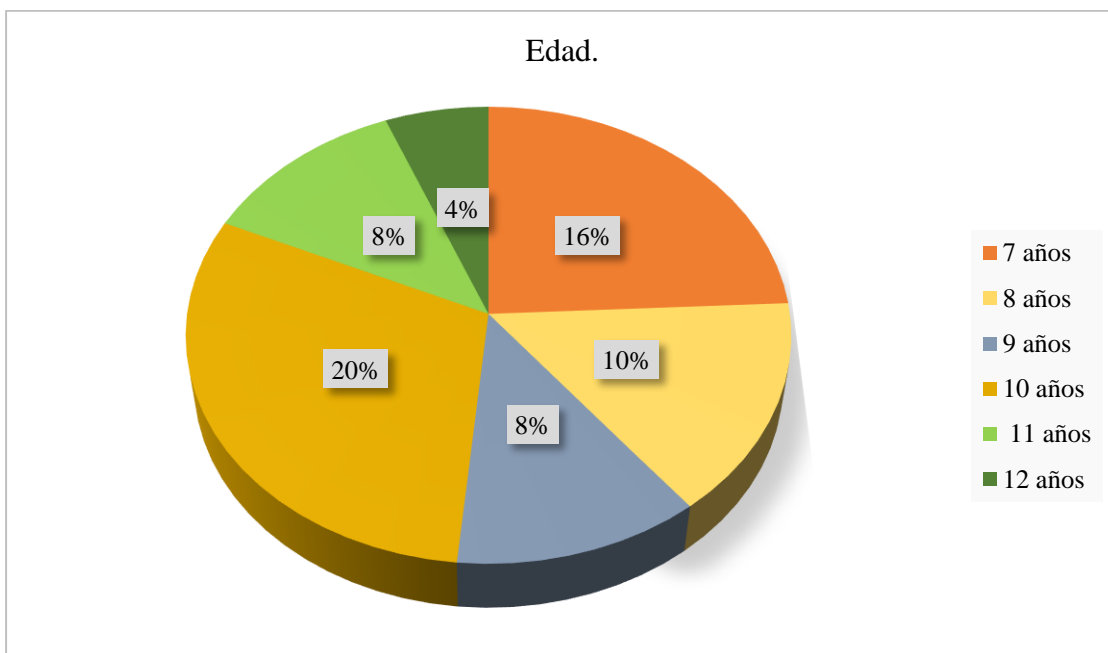


Gráfico N.º 1. Edad de los pacientes que se atienden en el Centro de Rehabilitación Médica.
Elaboración: Autora de la tesis. Fuente: Cap. IV, p. 51.

De la muestra poblacional de 50 niños, niñas y adolescentes atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo. El mayor porcentaje que corresponde al 31% tiene 10 años de edad, seguido del 24% que tiene 7 años de edad, el 15% tiene 8 años, un 12% tiene 9 años, otro 12% tiene 11 años, y el 6% restante tiene 12 años.

Cuadro 2.

Sexo.

#	Alternativa.	f	%
1	Femenino.	31	62
2	Masculino.	19	38
Total.		50	100

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 89.

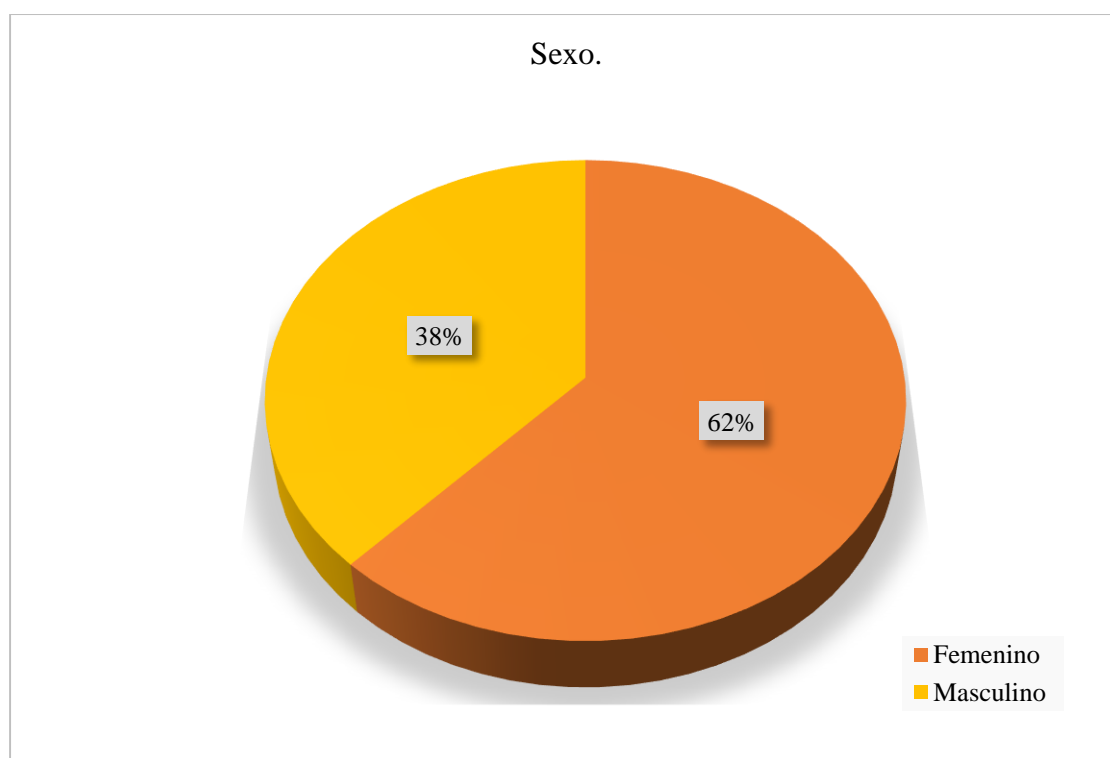


Gráfico No. 2. Sexo de los pacientes que se atienden en el Centro de Rehabilitación Médica.

Elaboración: Autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 52.

Como puede notarse en el cuadro y gráfico No. 2, el sexo predominante en los pacientes atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo, fue el femenino, concentrado en el 62% de los niños, niñas y adolescentes, y el 38% correspondió al sexo masculino.

Cuadro 3.

Tipo de discapacidad.

#	Alternativa.	f	%
1	Síndrome de down.	2	4
2	Lenguaje.	1	2
3	Parálisis cerebral –PCI.	28	56
4	Epilepsia.	4	8
5	Hemiplejia.	5	10
6	Retardo mental.	3	6
7	Ataxia.	2	4
8	Atrofia muscular.	2	4
9	Displasia de cadera.	1	2
10	Mal formación del gen.	1	2
11	Hidrocefalia.	1	2
	Total.	50	100

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 89.

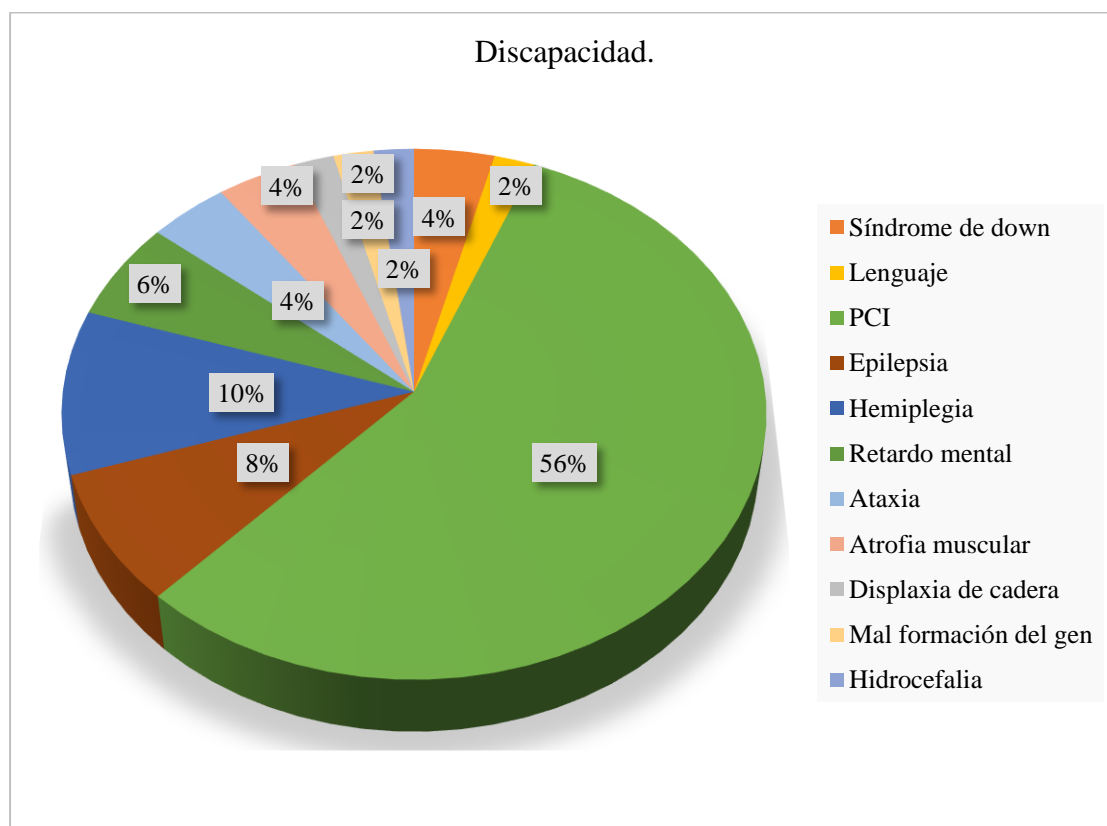


Gráfico N°.3. Pacientes con discapacidades.

Elaboración: Autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p.53.

Según los resultados expuestos en el cuadro y gráfico 3, el mayor número de pacientes (56%) atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica integral especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo, están afectados por parálisis cerebral, como la discapacidad predominante en el grupo en estudio. Otro 10% sufre de hemiplejía como la discapacidad que los aqueja, el 8% sufre de epilepsia, el 6% tiene retardo mental; el síndrome de down, la ataxia y la atrofia muscular afectan al 12% de los pacientes, distribuidos en el 4% cada enfermedad. Así mismo la displasia de cadera, malformación del gen, la hidrocefalia y el lenguaje son las discapacidades del 8% de los niños, niñas y adolescentes, distribuidas en el 2% cada una.

Analizando el estudio de Martín (2013) sobre la parálisis cerebral se puede citar que:

Los síntomas de la parálisis cerebral varían significativamente de un paciente a otro, por lo que no existen dos casos iguales, se suelen observar antes de los dos años de edad. Los niños afectados muestran retrasos en su capacidad para sentarse, girar, alcanzar un objeto, gatear o ponerse de pie... La clasificación clínica de los pacientes con parálisis cerebral se basa en características observadas en los niños afectados, que están relacionadas con el tipo de trastorno motor predominante y la extensión y gravedad del mismo, la presencia de otros trastornos asociados (con frecuencia se observarán también trastornos sensitivos, cognitivos, conductuales, epilepsia, retraso mental ...) (párr. 1).

Como puede notarse en los resultados expuestos, los 28 niños afectados por parálisis cerebral alcanzan un número de 28 niños, niñas y adolescentes atendidos en el Centro No.3 INFA Portoviejo. Lo que se determinará en los aspectos observados en la ficha de observación son, las características clínicas de la encía y el índice gingival de estos pacientes.

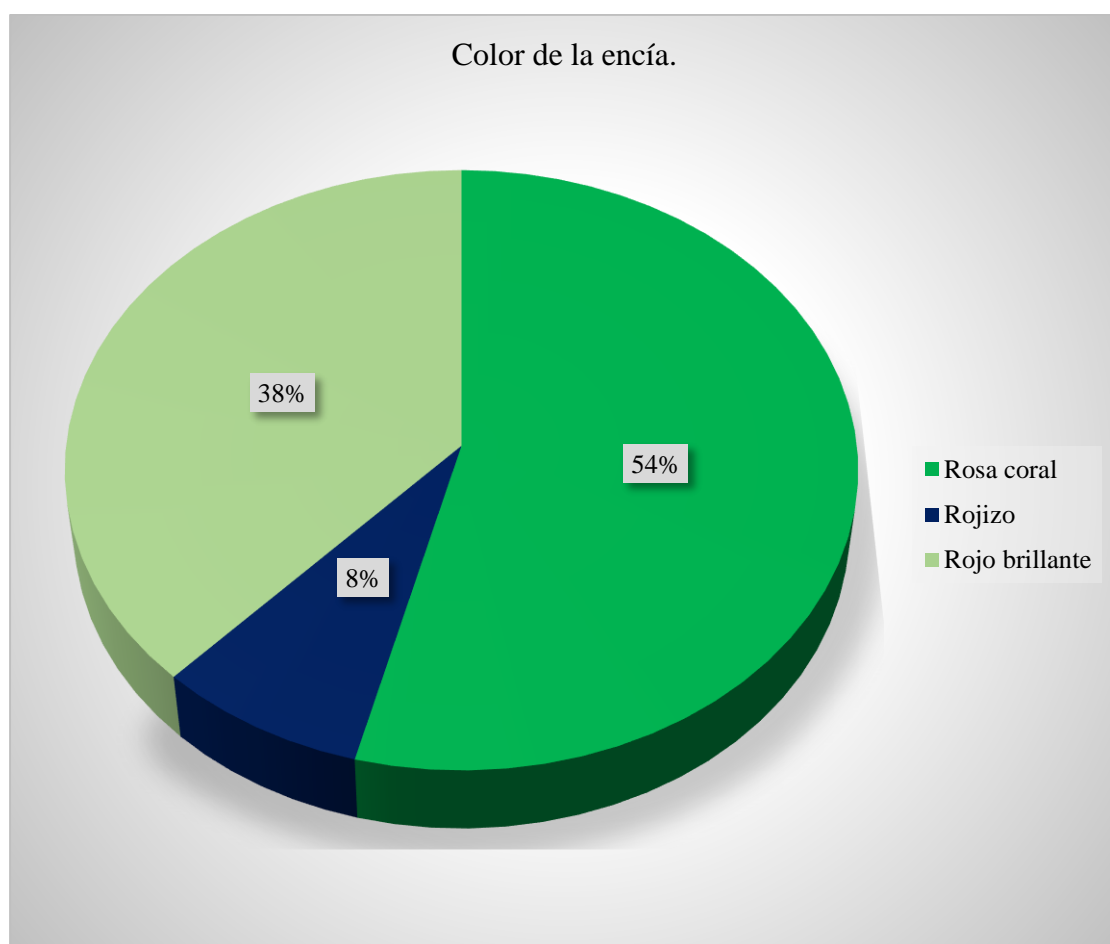
Cuadro 4.

Color de la encía.

#	Alternativa.	f	%
1	Rosa coral.	27	54
2	Rojizo.	4	8
3	Rojo brillante.	19	38
Total.		50	100

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 89.



GráficoNº. 4. Color de la encía.

Elaboración: Autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 55.

Conforme puede observarse en el cuadro y gráfico No. 4, el color de la encía predominante en los pacientes atendidos en Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado N° 3 INFA de la ciudad de Portoviejo. Es el rosa coral que lo presentan el 60% de la muestra poblacional, seguido del rojo brillante que lo tiene el 32% y del rojizo que caracteriza al 8% de los pacientes con discapacidad.

A este respecto, Carranza, et al.⁸³ (2010) en su obra, indica que:

El color de las encías insertada y marginal suele describirse como “rosa coral” y es producido por el suministro vascular, el grosor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos. El color varía entre diferentes personas y parece estar correlacionado con la pigmentación cutánea. Es más claro en personas rubias de tez clara que en individuos trigüeños con cabello oscuro...

La encía insertada está delimitada desde la mucosa alveolar adyacente en la región vestibular por medio de una línea mucogingival claramente definida.

La mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante, en lugar de rosa y granulada. Una comparación entre la estructura microscópica de la encía insertada y la de la mucosa alveolar explica la diferencia en el aspecto. El epitelio de la mucosa alveolar es más delgado, no está queratinizado y no contiene proyecciones epiteliales interpilares... El tejido conectivo de la mucosa alveolar es laxo y los vasos sanguíneos son más numerosos. (p. 61).

Basándose entonces en la teoría expuesta puede afirmarse que el hecho de que 30 de los 50 pacientes con discapacidades atendidos en el Centro, presenten una encía rosa coral significa que poseen un color de encía considerado normal.

⁸³Carranza. (2010). *Periodontología Clínica*. Décima Edición. Estados Unidos de Mexico: Editorial Mexicana, Reg. Nun. 736.

Cuadro 5.

Tamaño de la encía.

#	Alternativa.	f	%
1	Normal.	27	54
2	Hipoplasia.	4	8
3	Hiperplasia.	19	38
Total.		50	100

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 89.

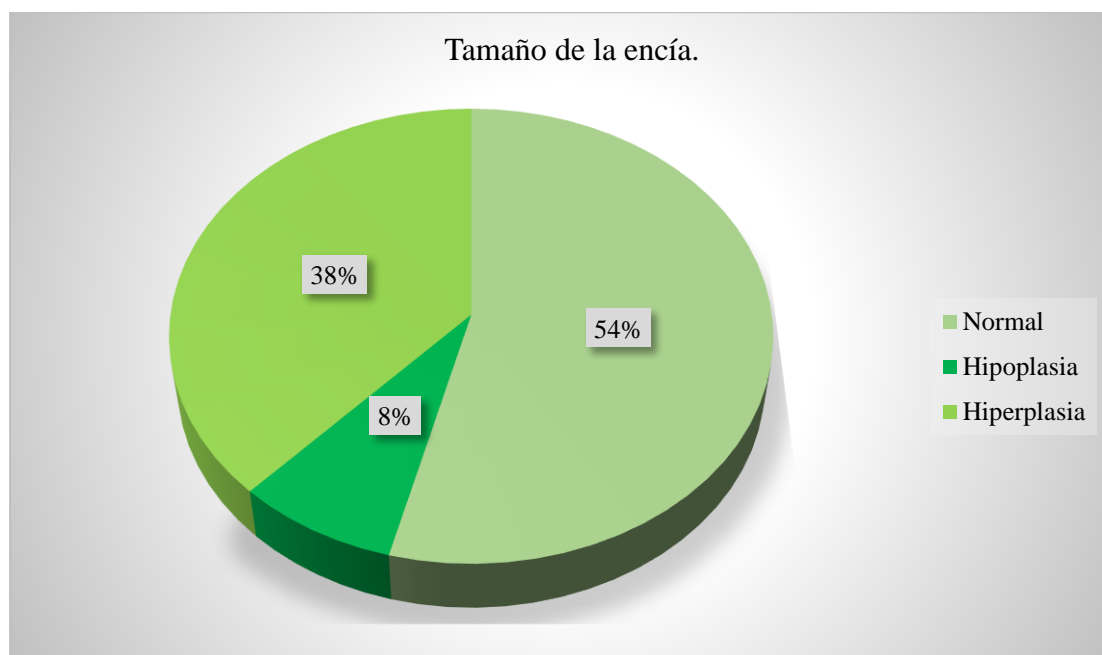


Gráfico N^o. 5. Tamaño de la encía.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 57.

Según los resultados expuestos, el mayor porcentaje (54%) de pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de rehabilitación Médica Integral Especializado N° 3 INFA Portoviejo, presenta un tamaño de la encía normal. El 8% está afectado por la hipoplasia y la hiperplasia de la encía se presenta en el 38%.

De acuerdo a la obra de Carranza, et al.⁸⁴ (2006) se puede exponer que: “El tamaño de la encía corresponde a la suma total de masa de elementos celulares e intercelulares y a su suministro vascular. La modificación en el tamaño es una característica común de la enfermedad gingival”. (p. 7).

Considerando los fundamentos teóricos expuestos, se establece entonces que el 50% de los pacientes con discapacidades, objetos de estudio presentan manifestaciones gingivales. Ya que la hipoplasia de la encía significa que ésta no ha desarrollado para alcanzar su tamaño ideal o se ha detenido su crecimiento, debido a la presencia de un ínfimo número de células que han incidido en que la encía no haya alcanzado su tamaño óptimo.

⁸⁴Carranza. (2010). *Periodontología Clínica*. Décima Edición. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Mexicana.

Cuadro 6.

Forma de la encía.

#	Alternativa.	F	%
1	Festoneada.	27	54
2	Recesión.	0	0
3	Edematosa.	23	46
Total.		50	100

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 89.

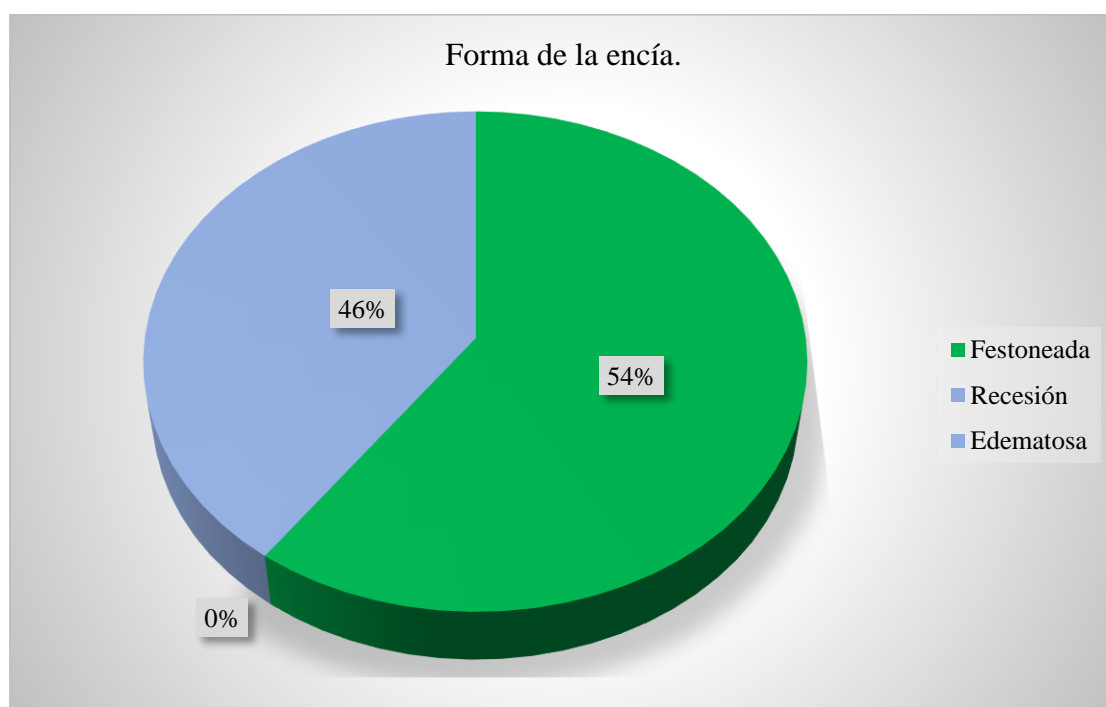


Gráfico N.º 6. Forma de la encía.

Elaboración: Autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 59.

El 54% de los pacientes atendidos en el Centro presentan una forma de la encía festoneada, mientras que el 46% tienen una encía edematosa.

Indagando en la publicación de Carranza⁸⁵, et al. (2006) se puede citar que:

La forma de la encía interdental se determina con el contorno de las superficies dentales proximales y la ubicación y forma de los espacios interproximales. Cuando las superficies proximales de las coronas están relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raíces se encuentran más juntas, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos en sentido mesiodistal. La altura de la encía interdental varía de acuerdo con la ubicación del contacto proximal. Por tanto, en la región anterior de la dentadura, la papila interdental tiene forma piramidal, mientras que la papila está más aplanada en una dirección bucolingual en la región molar. (p. 62).

Examinando en el estudio de Joseph y Satoshi⁸⁶, (2010) se conoció que:

La encía interdental se ocupa del nicho gingival, que es el espacio interproximal por debajo del área de contacto del diente, esta puede ser piramidal o en forma de col. Es decir, que la forma de la encía depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos, así como, de la presencia o ausencia de cierto grado de recesión. (p. 46).

Fundamentándose, entonces, en la teoría expuesta, puede establecerse que los resultados obtenidos del total de los pacientes que presentaron una forma de la encía festoneada, corresponden a una encía cuya forma es normal y aquellos que tienen forma edematosa presentan una manifestación gingival.

⁸⁵Carranza. (2010). *Periodontología Clínica*. Décima Edición. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Mexicana.

⁸⁶ Joseph, P. Fiorellini, D. y Satoshi, O. (2010). *Periodontología Clínica*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Saunders.

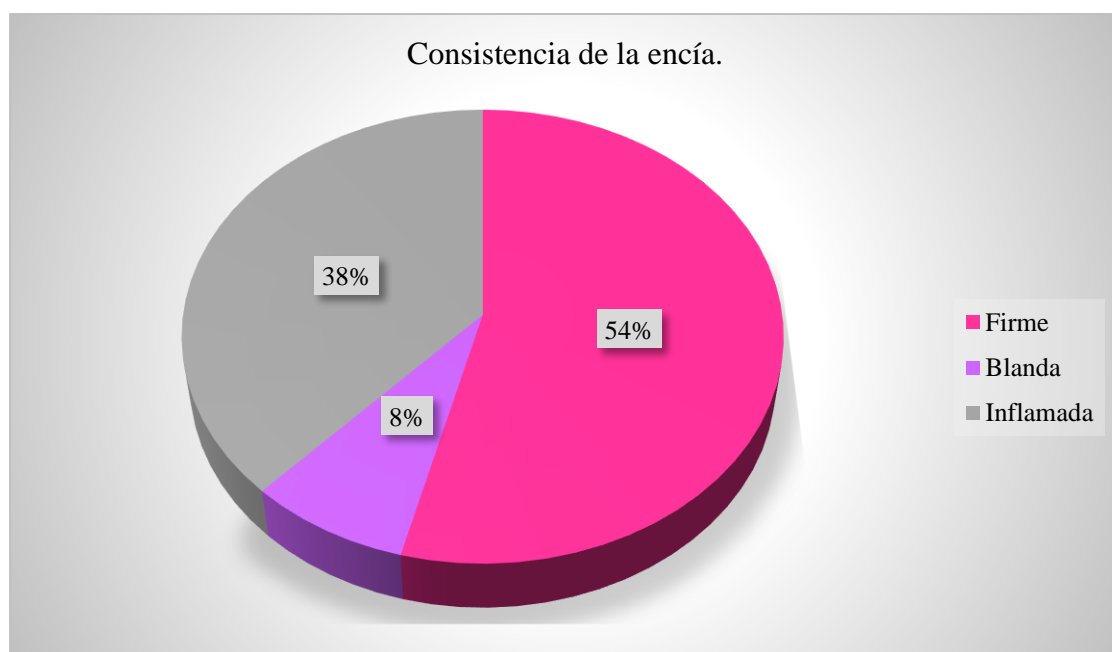
Cuadro 7.

Consistencia de la encía.

#	Alternativa.	F	%
1	Firme.	27	54
2	Blanda.	4	8
3	Inflamada.	19	38
Total.		50	100

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 89.



*Gráfico*Nº. 7. Consistencia de la encía.

Elaboración: Autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 61.

Como puede verificarse en el cuadro y gráfico 7, el 54% de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica integral especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo. Presentaron una consistencia de la encía firme, un pequeño porcentaje del 8% presentó una consistencia blanda y un 38% una encía de consistencia inflamada.

Indagando en el texto de Carranza, et al.⁸⁷ (2006), respecto a la consistencia de la encía, se cito lo siguiente:

La encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, y está insertada con firmeza en el hueso. La naturaleza colagenosa de la lámina propia y su proximidad con el mucoperiostio del hueso alveolar, determinan la firmeza de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen gingival. (p. 62).

Basándose en los fundamentos teóricos citados en el párrafo anterior, se considera que, como resultados de la investigación de campo efectuada con 50 pacientes con discapacidades, el 50% de ellos posee una consistencia firme de la encía, lo cual, se traduce en una encía de consistencia normal.

Los 4 pacientes (8%) que presentaron una consistencia de la encía blanda, significa, que las fibras gingivales no están contribuyendo a la firmeza del margen gingival. Por lo que podrían estar próximos a presentar alguna clase de manifestación gingival. Y por último los 19 pacientes (38%) que poseen una encía inflamada, es signo de que presentan alguna manifestación gingival.

⁸⁷Carranza. (2010). *Periodontología Clínica*. Décima Edición. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Mexicana.

Cuadro 8.

Sangrado.

#	Alternativa.	f	%
1	No sangra.	27	54
2	Sangra al sondaje.	22	44
3	Hemorragia.	1	2
Total.		50	100

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 89.

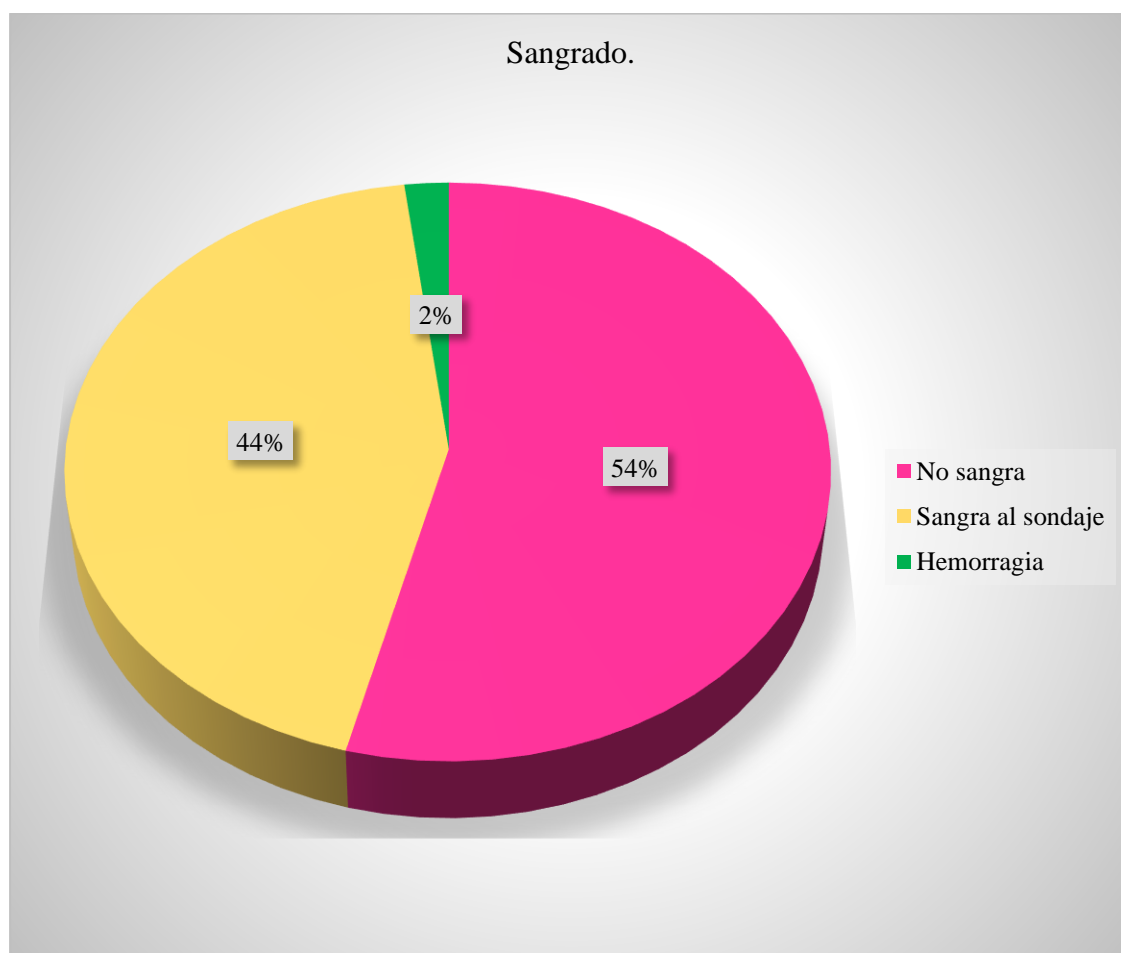


Gráfico N°. 8. Sangrado.

Elaboración: Autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 63.

Conforme a los resultados expuestos en el cuadro y gráfico No. 8, se tiene que el 54% de los pacientes con discapacidad atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica integral especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo. No presentaron sangrado, pero un 44% si presentaron sangrado al sondaje y un paciente (2%) presentó hemorragia gingival.

Comparando en la publicación de Homeopatía⁸⁸ (2011), se pudo conocer que:

La hemorragia gingival es una inflamación que se manifiesta a nivel de las encías... Por otra parte, enfermedades como la fiebre hemorrágica y el síndrome de hemorragia difusa pueden causar una hemorragia gingival, al igual que trastornos de la encía tales como la piorrea...

La hemorragia o sangrado gingival o se manifiesta por un sangrado de la encía acompañado de dolor y se evidencia por la presencia de sangre en el cepillo de dientes a raíz del cepillado. La persona afectada por la hemorragia gingival segrega mucha saliva y desprende a menudo un aliento fétido. Por otra parte, estos síntomas pueden ir acompañados de encías ulceradas y sequedad de boca. Los dientes pueden igualmente soltarse y volverse móviles y frágiles. En algunos casos, puede suceder incluso una hinchazón de las glándulas salivales, acompañada o no de dolor. (párr. 1).

Estos resultados evidencian que existe un número cuantioso de 22 de los 50 pacientes estudiados que tienen sangrado dental, lo cual, de acuerdo a la fundamentación teórica detallada anteriormente, es un indicador de la existencia de la enfermedad gingival en esos 22 pacientes. Únicamente en el caso de 1 paciente, se presenta la enfermedad periodontal, pues presentó sangrado sin necesidad de introducir la sonda periodontal en la encía.

⁸⁸ Homeopatía (2011). *Hemorragia gingival*. [En línea]. Consultado: [22, agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.guiadelahomeopatia.com/patologias/hemorragia-gingival/>

Cuadro 9.

Índice gingival.

Grado.	Características.	f	%
0	Ausencia de inflamación.	27	54
1	Inflamación leve.	4	8
2	Inflamación moderada.	19	38
3	Inflamación severa.	0	0
Total.		50	100

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 89.

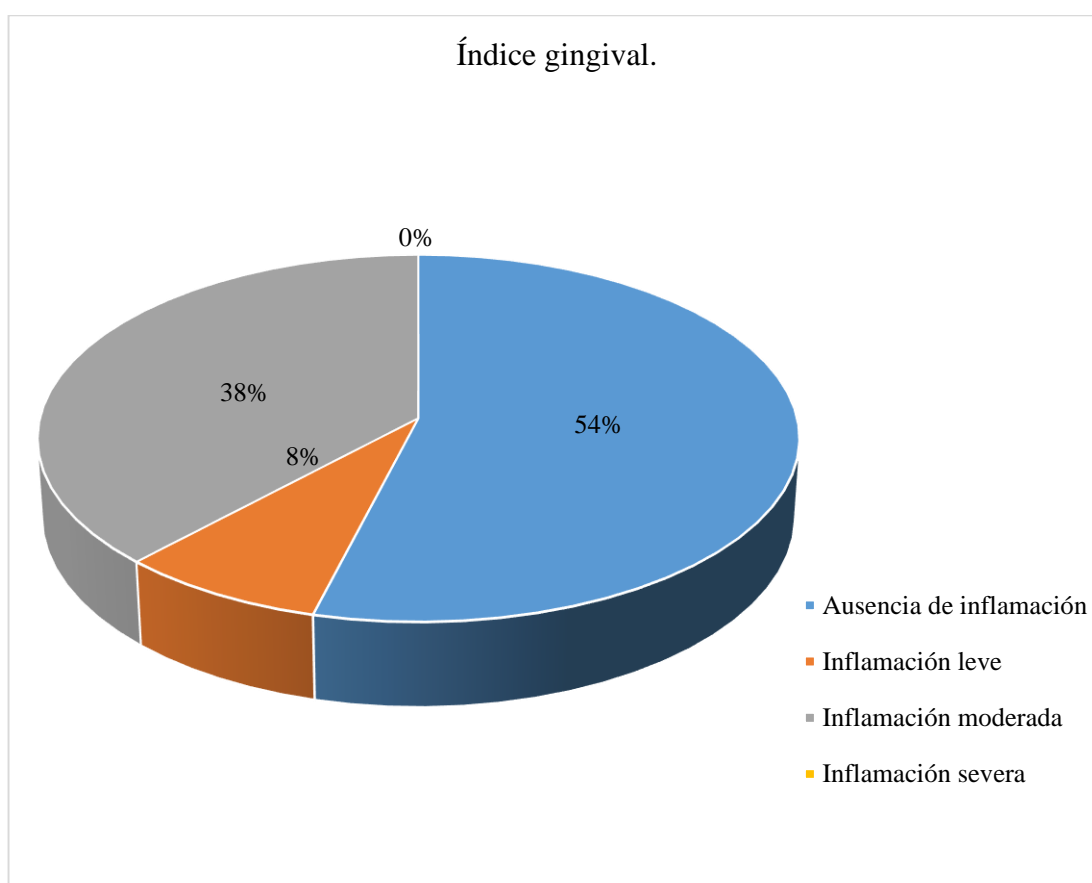


Gráfico N.º 9. Índice gingival.

Elaboración: Autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 65.

Como puede observarse en el cuadro y gráfico No. 9, el índice gingival del 54% de los pacientes es de grado 0, es decir que no existe inflamación; el 8% presentaron un índice gingival grado 1, que quiere decir que presentan una inflamación leve de la encía; en cambio, el 38% de los pacientes con discapacidad presentan un índice gingival grado 2 que significa una inflamación moderada. No hubo pacientes que presentaran índice gingival grado 3 o inflamación severa.

Analizando la publicación de Motta⁸⁹, (2011) sobre el índice gingival se puede exponer que: este “es utilizado para evaluar el tejido gingival, en lo concerniente al estado que presenta la gingivitis y las enfermedades periodontales reversibles, sin embargo, este índice no evalúa la pérdida ósea, ni la periodontitis irreversible”.(p. 34)

En virtud del fundamento teórico se tiene que, el estado que presenta la gingivitis en el 38% de los pacientes con discapacidades estudiados. Es moderado, por lo tanto, es reversible, es decir, que puede solucionarse con el tratamiento correspondiente que prescriba el profesional odontológico del Centro de Rehabilitación Médica Integral especializado No 3 de la ciudad de Portoviejo.

⁸⁹Motta, C. (2011). *Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales*. Tesis publicada. República del Perú: Universidad San Martín de Porres. [En línea]. Consultado: [15, agosto, 2014]. Disponible en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/252/Tes_MottaCandelaADP_HigieneBucalGingivitis_2011.pdf?sequence=1

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

1- Respecto a las características clínicas de las encías de los 50 pacientes con discapacidades del Centro de Rehabilitación Médica Integral especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo, se tiene que, 19 pacientes poseen un color de encía rojo brillante y 4 rojizo; 19 pacientes tienen afectado el tamaño de su encía por hiperplasia; 23 pacientes presentan edematización en la forma de la encía; 4 pacientes tienen una consistencia de la encía blanda y 19 la tienen inflamada.

2- En cuanto al índice gingival de estos pacientes, 19 de ellos presentan un índice gingival grado 2, lo que quiere decir que tienen una inflamación moderada, ya que poseen una encía roja brillante, edematizada, e inflamada, que sangró al sondaje.

5.2. Recomendaciones.

1-A los padres y madres de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo se recomienda, llevarlos a la consulta odontológica en el Centro, para que el profesional de la odontología les realice una revisión y diagnóstico clínico de su problema, y les prescriba el tratamiento respectivo a la manifestación gingival que presentan.

2-Adicionalmente se les sugiere a las señoras madres, que sigan al pie de la letra el tratamiento recomendado por el odontólogo del Centro, respecto de la enfermedad gingival que afecta la salud bucal de sus hijos, de manera que se logre curar de la gingivitis a sus hijos, evitando con esta acción, complicaciones de la encía, posteriores, que pueden terminar en la enfermedad periodontal. Complementándolo con una buena higiene oral, en la medida de las posibilidades.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Identificación de la propuesta.

Tema:

-Afianzamiento de la prevención en los pacientes con discapacidades atendidos en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No.3 INFA de la ciudad de Portoviejo.

Entidad ejecutora:

-Carrera de Odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo.

Clasificación del proyecto:

-Educativo – social.

Localización:

Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador.

6.2. Justificación.

En virtud de los resultados obtenidos de la investigación de campo, donde el dato más relevante del problema que se presentó en los niños, niñas y adolescentes es

un índice gingival grado 2. Por lo cual se formuló una propuesta alternativa para contrarrestar los efectos de estas manifestaciones gingivales en el grupo de estudio.

De allí que se optó por la capacitación a los padres y/ o madres de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades que asisten al Centro, de manera que puedan tomar medidas correctivas en la mayoría de los casos, y en menor porcentaje, adopten medidas preventivas de la salud e higiene bucal de ellos.

La capacitación no es un mecanismo nuevo que se utiliza para emprender acciones acerca de un tema en especial a desarrollar, pero si es fundamental para lograr cambios positivos que consecuentemente mejoran una situación determinada.

De esta manera, el lograr que los padres y/ o madres de familia se interesen más, involucrándose de manera más directa en la salud bucodental de sus niños, niñas y/o adolescentes.

6.3 Objetivos.

6.3.1 Objetivo general.

-Capacitar a los padres y/o madres de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, sobre la importancia de la prevención oral.

6.3.2 Objetivos específicos.

-Concienciar la cultura de la prevención odontológica en los padres y/o madres de familia.

-Fomentar el cuidado de la salud e higiene oral diarias en los niños, niñas y adolescentes con discapacidades.

6.4 Descripción de la propuesta.

La propuesta está compuesta de dos etapas para su desarrollo, la fase 1 que comprende la capacitación y la fase 2 que involucra el control odontológico.

-La fase 1 incluirá la capacitación a los padres y/o madres de familia de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, sobre las formas más apropiadas para el cuidado de la salud oral y la higiene dental diaria. En la cual se les enseñará cómo realizar un cepillado eficaz a los niños, niñas y adolescentes considerando su discapacidad, los implementos básicos necesarios que más se ajusten a la necesidades de los pequeños (as), los alimentos que deben predominar en su dieta diaria que contienen mayor proporción de calcio y de flúor, la importancia del cepillado dental en la noche, lo perjudicial de los azúcares entre comidas, el control periódico con el odontólogo, lo divertido que puede ser la higiene bucal para los infantes.

-La fase 2 incluye la programación del control odontológico de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades. En este se detalla la frecuencia del control durante el año, dependiendo de las necesidades de cada uno de los pequeños (as) y de la

predisposición personal que se logre obtener con ellos, para asistir al profesional de la odontología.

6.5 Beneficiarios.

La propuesta involucra beneficiarios directos y beneficiarios indirectos. Los beneficiarios directos están compuestos por todos los niños, niñas y adolescentes que se atienden en el Centro de Rehabilitación Médica No. 3 INFA Portoviejo y los beneficiarios indirectos son los padres y/o madres de los pequeños (as) y adolescentes con discapacidades.

6.6 Diseño metodológico.

Fase 1, capacitación.

-Charlas sobre las formas de cuidado e higiene oral en los niños, niñas y adolescentes con discapacidades.

Fase 2, control odontológico.

-Esta fase comprende la programación del control odontológico para los niños, niñas y adolescentes dependiendo de su discapacidad.

6.7 Presupuesto.

Cuadro 10.

Presupuesto de la propuesta.

#	Descripción.	Cantidad.	Valor.	Total.
1	Trípticos educativos.	100	0,50	50,00
Subtotal				50,00
Total				<u>50,00</u>

Nota: Presupuesto de la propuesta.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Capítulo VI, p. 72.

6.8 Sostenibilidad.

La propuesta tiene sostenibilidad. Ya que los costos de la capacitación a los padres y/o madres de familia los cubrirá el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado N.3 INFA de la ciudad de Portoviejo en el momento que ellos consideren ponerla en práctica a través del departamento de odontología, capacitación que también incluirá trípticos educativos a los padres de niños, niñas y adolescentes con discapacidades, que se atienden en el Centro de Rehabilitación Médica Integral Especializado No.3 INFA Portoviejo.

De la misma manera, la propuesta tiene sostenibilidad en el tiempo, ya que todas las herramientas de cuidado de la salud y práctica de la higiene dental diaria, que los padres y/o madres de familia aprenderán en la capacitación. Les servirán para utilizarlos

día con día en sus hijos e hijas, propendiendo a cultivar una cultura de prevención y amor por la salud oral de sus pequeños(as).

BIBLIOGRAFÍA.

1. Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador. Sección séptima. Personas con enfermedades catastróficas.* Artículo 50. Montecristi, Manabí, República del Ecuador.
2. Banús, S. (2014). *El Retraso Mental. Psicología Infantil y Juvenil.* [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosocialesintelectuales/elretraso-mental/index.php>
3. Becchi, M. (2009). *Retardo Mental.* [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.zonapediatrica.com/psicologia/retardo-mental.html>
4. Botero JE. Bedoya, E. (2010). *Determinantes del Diagnóstico Periodontal.* [En Línea]. Consultado: [12, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>
5. Caballero, M. Chinarro, P. (2012). *Displasia de cadera.* [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/enfermedades/aparato-locomotor/displasia-de-cadera>
6. Carranza. (2010). *Periodontología Clínica. Décima Edición.* Editorial Mexicana, Reg. Nun. 736.
7. Centro Médico Online. (2014). *Síndrome de Down.*[En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.webconsultas.com/sindrome-de-down/sindrome-de-down-2239>

8. Chávez, N., Alarcón, M. (2012). *Enfermedades gingivales en adolescentes*. [En Línea]. Consultado:[17, mayo, 2014] Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n3/reh_vol22_n3_12_art05.pdf
9. ChildcareHealthline. (2013). *Salud bucal para niños con discapacidades y necesidades especiales*. [En Línea]. Consultado:[17, mayo, 2014] Disponible en: http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/OralHlthSpNeedsSP071807_adr.pdf
10. Colgate. (2014 a). Centro de Información de Cuidado Bucal. *Enfermedad de las encías*. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.colgatecentralamerica.com/app/CP/GT/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-Basics/Common-Concerns/Gum-Disease/article/What-are-the-Stages-of-Gum-Disease.cvsp>
11. Daly, M. (2010). *Características Clínicas de la Gingivitis*. [En línea]. Consultado: [9, Agosto, 2014] Disponible en: <http://es.slideshare.net/mdaly21/caracteristicas-clinicas-de-la-gingivitis>
12. Daly, M. (2010). *Gingivitis descamativa*. [En línea]. Consultado: [12, agosto, 2014] Disponible en: <http://es.slideshare.net/mdaly21/gingivitis-descamativa1>
13. Daly, M. (2013). *Pronóstico y plan de tratamiento de enfermedades gingivales*. [En línea]. Consultado:[9, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.slideshare.net/mdaly21/diagnostico-pronostico-y-plan-de-tratamiento-de-enfermedades-gingivales-26516932>
14. Doc. Romeu. (2012). *La hemiplejía. Gabinete Médico y Psicológico*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.drromeu.net/hemiplejia/>

15. Dr. García, T. *Qué es la Ataxia*. Asociación Marileña de Ataxias. [En Línea]. Consultado: [16, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.atamad.org/index.php/que-es-la-ataxia.html>
16. Dr. Tango. (2013). *Parálisis Cerebral*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000716.htm>
17. Dr. Tango. (2014). *Distrofia Muscular*. [En Línea]. Consultado: [18, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001190.htm>
18. Educación Inicial. (2013). Principales características de niños con síndrome de Down. [En Línea]. Consultado:[15, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.educacioninicial.com/EI/contenidos/00/0250/256.ASP>
19. Federación Española de Asociaciones. (2012). Espina Bífida E Hidrocefalia. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014] Disponible en: http://febhi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=196
20. Fernández, E. Ruíz, A. Sánchez, G. (2010). Tratamiento de la extremidad superior en la Hemiplejia desde terapia ocupacional. Revista Web. [En Línea]. Consultado: [21, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/original1.pdf>
21. Ganem, I. (2011). *Odontología para niños con necesidades especiales*. [En Línea]. Consultado: [18, mayo, 2014] Disponible en: <http://media.dentalcare.com/media/en-US/education/ce6386/ce6386.pdf>

22. García, C. Palma, C. (s.f.). *Integración de la salud oral en el bienestar general del paciente con necesidades especiales*. [En Línea]. Consultado: [17, mayo, 2014] Disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/archivos/SaludOralPacientesNecesEspeciales.pdf>
23. García, M. (2005). *Genética Médica*. Universidad de Salamanca. 3ra. Edición. Madrid-España.
24. Guía Asistencial Enfermedad Periodontal. (2013a). Hospital Nazareth I nivel de la República de Colombia. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.esenazareth.gov.co/hnintranet/Ejecucion/GPMASCE004-4%20Guia%20Asistencial%20Enfermedad%20Periodontal%20-%20V1.pdf>
25. Healthychildren. (2014). *Retrasos en el lenguaje*. [En línea]. Consultado: [24, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.healthychildren.org/Spanish/agesstages/toddler/Paginas/Language-Delay.aspx>
26. Hoffmann, L. (2013). *Mal formaciones Congénitas*. Ecuared. [En Línea]. Consultado: [24, agosto, 2014] Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Malformaciones_cong%C3%A9nitas
27. Humbertus, J.M. Paúl, W. (s.f.). *Atlas de Odontología Pediátrica*. UniversitatZurich. Editorial Masson.
28. Instituto Nacional de la Sordera y otros trastornos de la Comunicación. (2014). *Problema del habla y del lenguaje en niños*. [En Línea]. Consultado: [22, agosto, 2014] Disponible

en:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/speechandlanguageproblemsinchildren.html>

29. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos. (2009). *Distrofia muscular*. Como se tratan las distrofias musculares.[En Línea]. Consultado: [19, mayo, 2014] Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/distrofia_muscular.htm
30. Invet, S. (2010). *Gingivitis y su prevención en la semana de salud bucal*. [En Línea]. Consultado:[29, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-dia-dia/gingivitis-y-su-prevencion-en-la-semana-de-salud-bucal>
31. Joseph, P. Fiorellini, D. Satoshi, O. (2010). *Periodontología Clínica*. Décima edición. Editorial Saunders.
32. KidsHealth. (2013). *Enfermedad de las encías*. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: http://kidshealth.org/teen/en_espanol/enfermedades/gum-disease-esp.html
33. Kidshealth. (2014). *Terapia del habla y del lenguaje*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/crecimiento/speech_therapy_esp.html
34. Latorre, R. (s.f). *Gingivitis. Tipos de gingivitis*. [En línea]. Consultado: [5 Agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.enciasana.cl/Gingivitis.htm>
35. López, M. (2012). *Qué es la hemiplejia y por qué se presenta*. [En Línea]. Consultado: [21, agosto, 2014] Disponible en:

<http://www.guioteca.com/discapacidad/que-es-la-hemiplejia-y-por-que-se-presenta/>

36. López, B. (2011). *La Displasia de cadera*. Working at Hospital Roosevelt Guatemala.[En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.slideshare.net/borishnfl/displasia-de-cadera-6979906>
37. Marcano, N. (2014). *Niños con Especiales. Salud Infantil*. [En Línea]. Consultado: [23, mayo, 2014] Disponible en: <http://saludinfantil.about.com/od/Discapacitados/a/Qu-E-Es-Un-Ni-No-Especial.htm>
38. Marcela. (2011). *Enfermedades bucales. Gingivitis*. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: <http://enfermedadesbucalshohana.blogspot.com/2011/02/gingivitis.html>
39. Martín, E. (2013). *Síntomas de la Parálisis Cerebral*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.webconsultas.com/paralisis-cerebral/sintomas-de-paralisis-cerebral-2833>
40. Marulanda, J. et.al. (2011). *Salud oral en discapacitados*. Revista CES Odontología Vol. 24 - No. 1. [En Línea]. Consultado: [18, mayo, 2014] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/viewFile/1477/972>
41. Matesanz, P. Matos, R. Bascones, A. (2008). *Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura*. [En línea]. Consultado: [15, agosto, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>

42. MedlinePlus. Causas de la gingivitis. (2014). [En línea]. Consultado: [20, Agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>
43. MedlinePlus. Gingivitis. (2014). [En línea]. Consultado: [20, Agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>
44. Motta, C. (2011). *1 higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales*. Tesis publicada. Universidad San Martín de Porres. Facultad de Odontología. Lima, Perú. [En línea]. Consultado: [15, agosto, 2014] Disponible en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/252/Tes_MottaCandelaADP_HigieneBucalGingivitis_2011.pdf?sequence=1
45. MyChild. (2014). *Qué es la parálisis Cerebral*. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.mychildwithoutlimits.org/understand/cerebral-palsy/?lang=es>
46. MyChild. (2014). *Tratamiento para el síndrome de Down*. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.mychildwithoutlimits.org/understand/down-syndrome/down-syndrome-treatment/?lang=es>
47. National Dissemination Center for Children With Disabilities. (2010). Trastorno del habla o lenguaje. [En Línea]. Consultado: [23, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.nichcy.org/espanol/discapacidades/especificas/lenguaje>

48. National Institutes of Health. (2010). *Trastornos Neurológicos*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: http://www.espanol.ninds.nih.gov/trastornos/la_hidrocefalia.htm
49. Ocaña, T. (2013). Prevalencia del agrandamiento gingival por fármacos bloqueantes de canales de calcio. Tesis publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. Lima, Perú. [En línea]. Consultado: [12, agosto, 2014] Disponible en: http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3427/1/ocana_dt.pdf
50. Oliva, R. Ballesta, F. Oriola, J. Claria, J. (2004). *Genética Médica*. Universidad de Barcelona, 3ra Edición. Barcelona – España.
51. Oral-B. (2013). *Que es la Gingivitis*. [En línea]. Consultado: [20, agosto de 2014] Disponible en: <http://www.dentalcare.com/media/en-US/patient/spanish/periodon.pdf>
52. Oral-B. *Cuidado de encías*. [En línea]. Consultado: [16, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.oralb.com/latam/clinicalprotection/productos/gingivitis.aspx?gclid=CPbZkpW8sb4CFZBxOgodhHAA0w>
53. Organización Mundial de la Salud (2011). *Personas con discapacidades*. [En línea]. Consultado: [24, junio, 2014] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/disabilities_20110609/es/
54. Pardiñas. (2012). *Enfermedades de las encías*. Centro Integral de Especialidades Odontológicas. [En Línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.clinicapardinas.com/enfermedades-de-las-encias.html>

55. Perdomo, M. (2014). *Qué es la Displasia de cadera*. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://bebe.about.com/od/enfermedades/f/Qu-E-Es-La-Displasia-DCadera.htm>
56. Pérez, P. (s.f.). *Las personas con necesidades especiales son pacientes de riesgo*. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: http://www.clinicadentalinfantilpaloma.com/special_needs.pdf
57. Pineda, S. (2011). Prevalencia de gingivitis, en estudiantes con deficiencia auditiva de nivel básico. tesis publicada. Universidad Central. República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/337>
58. Puceiro, N. (2013). *Personas con capacidades especiales*. [En Línea]. Consultado: [18, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.aciprensa.com/Familia/educaespecial.htm>
59. RelayHealth. (2014). *Tratamiento para niños con discapacidad intelectual*. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2014] Disponible en: http://www.childrenshealthnetwork.org/CRS/CRS/pa_menret_spg.htm
60. Rodríguez, M. (2009). *Derecho de los Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales*. [En Línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.derechosny.blogspot.com/2009/05/derechos-de-los-ninos-y-adolescentes.html>
61. Saldaña, L. et al. (2012b). *Relación de la enfermedad gingival con la menstruación y el cepillado dental*. Mayarí, República de Cuba. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en:

<http://www.alfinal.com/odontologia/enfermedadgingivalmenstruacioncepillado.php>

62. Salud. (2009). *Tratamiento para la Ataxia de Friedreich*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/ataxia>
63. Salud. (2009). *Tipos de Hidrocefalia*. [En Línea]. Consultado: [19, mayo, 2014] Disponible en: <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapitantes/H/Hidrocefalia/Paginas/Hidrocefalia.aspx>
64. Salud. (s.f.). Hemiplejia. Guías Diagnósticas de medicina Física y Rehabilitación.[En Línea]. Consultado: [21, agosto, 2014] Disponible en:http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/hemiplejia.pdf
65. Sociedad Española de Odontopediatría. (2008). XXXVI Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2014] Disponible en: http://www.odontologiapediatrica.com/necesidades_especiales
66. Vacas, M. (2014). *Ataxia*. [En Línea]. Consultado: [21, mayo, 2014] Disponible en:<http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/ataxia/ataxia-12618>
67. Valencia, S. (2013). *Clasificación de las enfermedades periodontales-gingivitis*. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.slideshare.net/simeyangeles/clasificacion-de-las-enfermedades-periodontalesgingivitis>

68. Vergara, B. (2012). *La Gingivitis. Clasificación de la Gingivitis*. [En línea]. Consultado: [7, Agosto, 2014] Disponible en: <http://es.slideshare.net/pipebarra/gingivitis-12732580>
69. VITIS. (s.f.). *Gingivitis asociada a la pubertad*. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.higienistasvitis.com/pdf/Salud-bucodental-Capsula-monografica-Gingivitis-asociada-con-la-pubertad-Higienistas-VITIS.pdf>
70. Writing, A. (2012). Métodos para mejorar la retracción de las encías. Salud. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/metodos-mejorar-retraccion-encias-manera_137812/
71. Zabalegui, I. (2012). *GUNA Infecciones agudas de las encías*. [En línea]. Consultado: [5, Agosto, 2014] Disponible en: <http://www.ionzabalegui.com/tratamientos/periodoncia/gingivitis-ulcero-necrotica-aguda/>

Anexos:

Anexo 1.1.

Cuadro 11.

Presupuesto de la tesis.

Rubro.	Cantida d.	Unidad de medida.	Valores.		Fuentes.	
			Unitar io.	Total.	Persona l.	Institucio nal.
Papelería.	3	Resmas	4.00	12.00	x	
Suministro de tinta.	4	Cartucho s	20.00	80.00	x	
Fotocopias.	2000	Unidad	0.04	80.00	x	
Internet.	60	Horas	1.00	120.00	x	
Fotografías.	30	Unidade s	1.00	30.00	x	
Transporte.	Global.			80.00	x	
Pendrives.	2	u	16,00	32,00	x	
Cd's.	5	u	0,5	2,50		
Imprevistos.				200,0 0	x	
Total.				\$636,50		

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 1.1, p. 86.

Anexo 1.2.

Cuadro 12.

Cronograma.

Elaboración del proyecto	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación de Proyecto			X																					
Elección del Director de Tesis			X																					
Elaboración del Marco Teórico				X	X	X	X	X																
Diseño y Justificación de la Investigación						X	X	X																
Aplicación de los Instrumentos									X	X	X	X												
Procesamiento de datos												X	X	X	X	X								
Comprobación de la Hipótesis															X	X								
Conclusiones y Recomendaciones																X	X	X						
Presentación del Borrador del Informe																		X						
Presentación del Informe Final																			X					
Aprobación del Informe final																				X				
Presentación del Informe/Publicación																							X	
Bibliografía General				X	X	X	X	X	X	X														
Anexos																X	X	X						

Nota: Cronograma de la tesis.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 1.2, p. 87.

Anexo 1.3

Cuadro13.

Matriz de operacionalización de las variables.

No.	Variable.	Tipo.	Escala.	Descripción.	Indicador.
1	Sexo.	Cualitativa Nominal dicotómica.	1. Femenino. 2. Masculino.	Según biológico.	sexo Frecuencia absoluta y Por ciento.
2	Edad.	Cuantitativa continua.	Valor numérico entero.	Según cumplidos.	años Media, desviación estándar, frecuencias relativas y acumuladas.
3	Tipo de capacidad especial de salud.	Cualitativa nominal de politómica.	1. Síndrome de Down. 2. Discapacidad intelectual. 3. Parálisis.Cerebral. 4. Epilepsia. 5. Otros.	Según diagnóstico de base constatado en la historia clínica.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
4	Índice gingival.	Cualitativa ordinal.	0. Ausencia de inflamación. 1. Inflamación gingival de ligera a moderada. 2. Gingivitis moderada a ligeramente avanzada que se extiende alrededor del cuello del diente. 3. Gingivitis severa (enrojecimiento, inflamación, sangrado y ulceración).	Según examen odontológico de la cavidad bucal.	Frecuencia absoluta, por ciento y frecuencias acumuladas.

5	Características clínicas de la encía	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Color (rosa coral, rojizo y rojo brillante). 2. Tamaño (normal, hipoplasia, hiperplasia). 3. Forma (festoneada, recesión, edematosa). 4. Consistencia (firme, blanda, inflamada). 5. Sangrado (no sangra, sangra al sondaje, hemorragia). 	Según examen odontológico de la cavidad bucal.	Frecuencia absoluta, porcentaje y frecuencias acumuladas.
---	--------------------------------------	---------------------	--	--	---

Nota: Operacionalización de las variables.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 1.3, p. 89.

Anexo 2.1.

Cuadro 14.

Ficha de observación.

Nombre:	Edad:
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Discapacidad:
1. Color de la encía Rosa coral..... <input type="checkbox"/> Rojizo..... <input type="checkbox"/> Rojo brillante..... <input type="checkbox"/>	2. Tamaño de la encía Normal..... <input type="checkbox"/> Hipoplasia..... <input type="checkbox"/> Hiperplasia..... <input type="checkbox"/>
3. Forma de la encía Festoneada..... <input type="checkbox"/> Recesión..... <input type="checkbox"/> Edematosa..... <input type="checkbox"/>	4. Consistencia de la encía Firme..... <input type="checkbox"/> Blanda..... <input type="checkbox"/> Inflamado..... <input type="checkbox"/>
5. Sangrado No sangra..... <input type="checkbox"/> Sangra al sondaje..... <input type="checkbox"/> Hemorragia..... <input type="checkbox"/>	

Nota: Ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2.1, p. 90.

Anexo 2.2

Panilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante, _____

Representante de niño (a) y/o adolescente _____

Con residencia en _____

Acepto que mi representado forme parte de este estudio titulado: “Manifestaciones gingivales en pacientes con discapacidades atendidos en el centro de rehabilitación médica No. 3 INFA de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador, en el año 2014”. La egresada María Luz Cedeño Villavicencio, de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, me ha informado exhaustivamente acerca de las características como objetivos y aproximada duración de la exploración bucal. Habiendo tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Después de consultarla, accedo a cooperar con la egresada.

Estoy de acuerdo con que los datos personales odontológicos de mi representado, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados de la autora de la investigación.

La identidad de mi representado, ni la mía, no serán reveladas en ningún momento y la información relacionada con mi representado será utilizada con la mayor discreción.

Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades odontológicas y por la investigadora.

Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

María Luz Cedeño Villavicencio.

Egresada de la Carrera de Odontología.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma de testigo.

Anexo 3.1.



Gráfico N°. 10. Historia clínica.

Fuente: Realizado por el auxiliar de la autora de esta tesis.

Elaboración: Autora de esta tesis. Anexo 3.1, p. 92.



Grafico N°. 11. Historia clínica.

Fuente: Realizado por el auxiliar de la autora de esta tesis.

Elaboración: Autora de esta tesis. Anexo 3.1, p. 92.



Grafico N°. 12. Historia clínica.
Fuente: Realizado por el auxiliar de la autora de esta tesis.
Elaboración: Autora de esta tesis. Anexo 3.1, p. 93.



Grafico N°. 13. Historia clínica.
Fuente: Realizado por el auxiliar de la autora de esta tesis.
Elaboración: Autora de esta tesis. Anexo 3.1, p. 93.



Grafico N°. 14. Historia clínica.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis.

Elaboración: Autora de esta tesis. Anexo 3.1, p. 94.