



SECCIÓN ARTÍCULOS DE REVISIÓN DE LITERATURA
Año 12 Vol. 1 N° 15 – 2012 (Págs. 78-86)

Conocimientos y actitud de los odontólogos en la atención de personas con discapacidad intelectual

Knowledge and attitude of dentists in care of persons with disability

Doris Lucía Córdoba U.¹, Sorany del Socorro España C.², Genny Liliana Tapia T.³

1. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Gerencia y Auditoría de la Salud. Miembro del grupo de Investigaciones en Odontología. GIOD. Docente Programa de Odontología. Universidad Cooperativa de Colombia-Pasto. Docente de Clínica de Adultos I y II, Clínica del Sano II, Anestesia Odontológica. e-mail: doris.cordoba@campusucc.edu.co
2. Especialista en Gerencia y Auditoría de la Salud. Docente del Programa de Odontología Universidad Cooperativa de Colombia-Pasto en Clínica de Adultos I y II, Radiología Oral. e-mail: sorany.espana@campusucc.edu.co
3. Estudiante Noveno Semestre Programa de Odontología Universidad Cooperativa de Colombia-Pasto. e-mail: liliana.tapia@campusucc.edu.co

Fecha de recepción: Marzo 26 - 2012

Fecha de aceptación: Junio 29 - 2012

Córdoba DL, España SS, Tapia GL. Conocimientos y actitud de los odontólogos en la atención de personas con discapacidad intelectual. Univ. Salud 2012;15(1): 78-86.

RESUMEN

El objetivo de este artículo es hacer una revisión sobre el estado del arte de la actitud y conocimientos de los odontólogos, en la atención de personas con discapacidad intelectual. La literatura científica es coincidente en mostrar que las personas con discapacidad intelectual, presentan alta prevalencia en caries dental, enfermedad periodontal, pérdida de dientes, mala higiene oral y en ocasiones no cuentan con el apoyo familiar o de cuidadores, para mejorar su salud bucal e implementar tratamientos preventivos y de rehabilitación. Se considera vulnerable a este grupo de población y necesita atención odontológica integral. Se realizó la búsqueda en las bases de datos MEDLINE, Scielo, Redalyc, sobre estudios relacionados con esta temática. En conclusión, los estudios evidencian que existe falta de conocimientos y/o entrenamiento de los profesionales para la atención odontológica de pacientes con discapacidad intelectual, además actitud negativa hacia este grupo de personas y se observa con mayor frecuencia en los odontólogos de mediana edad, sin embargo en cuanto mayor experiencia tiene el profesional, más efectividad en la implementación de tratamientos.

Palabras clave: Discapacidad intelectual; salud bucal; atención odontológica; actitud.

ABSTRACT

The objective of this article is to carry out a state of the art review of the attitude and knowledge of dentists regarding the attention of people with intellectual disability. Scientific literature is coincidental in showing that intellectually disabled people exhibit high prevalence in tooth decay, periodontal disease, loss of teeth, bad oral hygiene and sometimes they do not have the familiar support or minders to improve the conditions of oral

health and to implement preventive treatments and of rehabilitation. This population group is considered to be vulnerable and in need of integral dental attention. The research was done using the MEDLINE, Redalyc, Scielo databases on studies related to this subject. In conclusion, the studies reveal that in the dental attention of patients with intellectual disability, there is a lack of knowledge and/or training of the professionals, additionally; negative attitude appears more frequently in middle age dentists. Nevertheless, the more work experience the dentist has, the more effectiveness there is in the treatment implementation.

Key words: Intellectual disability; oral health; dental care; attitude.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud –OMS,¹ define la discapacidad como toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad, debido a una deficiencia en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos.

En la actualidad, según la OMS las cifras de discapacidad están creciendo, lo cual se atribuye al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas a escala mundial, se estima que de ella un 15%, padece algún tipo de discapacidad permanente.²

En Colombia, se afirma que las cifras son similares al balance mundial, de cada cien colombianos, existen seis con alguna discapacidad permanente, lo cual corresponde a 2.632.255 personas.³ Las cifras regionales presentadas en 2007, en el estudio parcial del perfil sociodemográfico de la ciudad de San Juan de Pasto, reporta una prevalencia del 2,4%, este estudio único y parcial, no discrimina datos sobre discapacitados intelectuales y aún no se concluye la caracterización de toda la población.⁴

Con base en datos proporcionados por la OMS, se considera que los países de ingresos bajos tienen una mayor prevalencia de discapacidades,

en relación a los países de ingresos altos, además es más común que se presente discapacidad en niños y personas mayores. En cuanto al acceso a los servicios de salud, la mitad de las personas con discapacidades no pueden pagar por estos servicios, frente a un tercio de las personas sin discapacidades, por ello son dos veces más propensas a considerar insatisfactorios los servicios de salud que se les brindan; son cuatro veces más propensas a informar que se las trata mal y casi tres veces más propensas a que se les niegue la atención de salud.⁵

De igual manera, la atención odontológica a población con discapacidad intelectual es compleja, es frecuente que la higiene oral sea deficiente,⁶ esto causa deterioro en los tejidos orales. De hecho, algunos estudios refieren que los problemas orales más frecuentes son caries dental, pérdida de dientes y enfermedad periodontal,⁷ asociadas al grado de retardo mental, estrato social e ingresos económicos, entre otros.⁸ En consecuencia, se produce un efecto negativo en su calidad de vida, debido a la dificultad para hablar, comer, presencia de dolor, así como horas de escuela perdidas.⁹

Es más, en varios países del mundo incluido Colombia, aún no se implementan programas de salud oral específicos que estén dirigidos a esta población en particular, lo cual hace más difícil su atención odontológica, además en algunos servicios de salud no se cuenta con profesionales especializados o debidamente

capacitados que puedan atender con eficiencia a este grupo de personas, a esta dificultad en particular, se le añaden actitudes negativas de algunos odontólogos, que pueden afectar la calidad de la atención clínica.¹⁰ En consecuencia, se requiere ampliar los estudios epidemiológicos y clínicos para satisfacer de manera adecuada las necesidades en salud oral de las personas con discapacidad intelectual.¹¹ El objetivo de este artículo es hacer una revisión de la literatura sobre los conocimientos y actitudes de los odontólogos, frente a la consulta odontológica de las personas con discapacidad intelectual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó la búsqueda de artículos en las bases de datos MEDLINE, Scielo, Redalyc, para ello se utilizaron los siguientes términos MeSH: discapacidad intelectual, salud bucal, atención odontológica, actitud. Los estudios incluidos en este artículo son producto de revisiones sistemáticas, estudios observacionales, estudios descriptivos y guías de atención odontológica, realizados en los últimos 7 años con grupos de personas con discapacidad intelectual.

RESULTADOS

Discapacidad intelectual y salud oral

La definición de discapacidad intelectual en los últimos años ha generado controversia, en 1992 la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM) propuso una definición del retraso mental (novena edición), que supuso un cambio radical del paradigma tradicional, alejándose de la concepción como rasgo individual para plantear un concepto basado en la interacción de la persona y su contexto.

Con base en estudios científicos, se complementa la definición de retraso mental, como una discapacidad caracterizada por limitaciones

significativas, tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas que se origina antes de los 18 años.¹²

La anterior, es una de las definiciones ampliamente aceptada; considera dentro de sus premisas la comprensión de las limitaciones en función del contexto, la importancia de la actividad de la persona y su limitación intelectual, los multifactores a evaluar y el apoyo como eje de la atención. Además, la AARM incorpora el concepto de discapacidad intelectual, como un concepto dinámico y funcional, esto hace que se lo entienda más desde el desempeño que desde los rasgos clínicos observables, es decir de acuerdo a esta definición, cobra gran importancia la forma como las personas responden a las demandas del entorno en que se desenvuelven, y las formas en que logran adaptarse a las circunstancias específicas de su vida cotidiana.¹³

Otro aspecto que se plantea, es la necesidad de hacer una evaluación ecológico- funcional, ajustada a las características de los contextos y que integran los conceptos de habilidades adaptativas y de inteligencia, entonces la discapacidad intelectual se valora en términos de desempeño y funcionamiento intelectual.

Los cambios en la definición del concepto de retraso mental a discapacidad intelectual, permiten observar a la persona como alguien que tiene una forma particular de relacionarse, con posibilidades de desarrollo y que aún bajo estas condiciones, tenga la posibilidad de obtener el máximo nivel de progreso, en el contexto que habita.¹⁴

Por otra parte, la OMS presenta una clasificación básica del retardo mental, teniendo en cuenta el coeficiente intelectual: leve, moderada y severa, cada una de ellas con características específicas.¹⁵

Tabla 1. Clasificación del retardo mental

Grado	Características
Leve	Personas capaces de mantener una conversación sencilla. Alcanza la independencia para el cuidado personal (comer; asearse, vestirse, controlar esfínter, etc.). Desarrolla habilidades sociales y de comunicación desde edades tempranas. Suele presentar dificultades de aprendizaje generalizado.
Moderada	Hay lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje. La capacidad de cuidado personal y las funciones motrices están disminuidas. La persona logra un desarrollo adecuado de la capacidad social, en cuanto a relacionarse con personas próximas de su entorno y a participar en actividades sociales simples.
Severa	Se observa un desarrollo psicomotor muy limitado. La articulación con su entorno es difícil. La persona suele reconocer algunos signos y símbolos. Puede adquirir alguna destreza necesaria para la vida diaria, pero resulta difícil generalizarlo. Tiene alguna patología asociada, que implica una atención especializada.
Profunda	En general, la persona presenta movilidad restringida o inexistente. Habitualmente, no controla esfínteres. Requiere supervisión y ayuda constantemente, suele presentar patologías asociadas.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Discapacidades. CIF. 2000

En concordancia con las características descritas en el cuadro anterior, la atención en salud de personas con discapacidad intelectual puede ser difícil, sobretodo cuando se encuentra en nivel entre moderada y profunda, debido a las variadas necesidades y a la interacción de

diferentes disciplinas para su intervención; a veces la atención no se concentra en las verdaderas necesidades del paciente, sumada a las carencias y la desigualdad de acceso al sistema de seguridad social, en cuanto a promoción, rehabilitación y atención integral, entre otras.¹⁶

Los pacientes con discapacidad física y/o intelectual pueden presentar alteraciones bucales más marcadas, asociadas a su discapacidad real o por otras razones de carácter médico, económico o social, o incluso debido a que a sus padres les resulta difícil llevar a cabo una correcta higiene bucal, también es más frecuente que se presente trauma dental.¹⁷

Los estudios al respecto muestran un bajo nivel de rehabilitación oral y la necesidad de realizar tratamientos restaurativos, enfatizar sobre las estrategias preventivas.¹⁸ Además, se pueden presentar características especiales que hacen necesario para su atención, la aplicación de técnicas de restricción física o incluso anestesia general.¹⁹

Anders y Davis, en una revisión sistemática de artículos científicos, sobre la salud bucodental de pacientes con discapacidad intelectual, observaron que las alteraciones más frecuentes son la enfermedad periodontal y la falta de tratamiento adecuado a la caries dental, especialmente en las personas con síndrome de Down y las personas con deficiente cooperación y apoyo para el mantenimiento de una buena higiene bucal.²⁰

La salud oral en pacientes con discapacidad intelectual, al igual que para la población en general, se constituye en parte integral de la salud general, por tal razón las actividades que se realicen tendientes a mantenerla o mejorarla, repercuten directamente en su bienestar.²¹ En consecuencia, las prácticas o hábitos adquiridos para lograr una buena higiene bucal, desde las primeras etapas de la vida, garantizará con

seguridad una vida sana,²² para prevenir los malos hábitos, se hace necesario identificarlos y conocer sus principales efectos.²³

Con frecuencia los procedimientos habituales de higiene bucal, no logran el propósito de controlar la placa dental y prevenir las enfermedades orales,²⁴ más aún cuando no se cuenta con un entorno familiar adecuado.²⁵ Sumado a lo anterior, la evidencia científica muestra que la salud oral, se puede alterar por efectos secundarios, asociados a los medicamentos que les suministran para el tratamiento de enfermedades secundarias a su diagnóstico de base, como son la xerostomía, hiperplasia gingival, entre otros.²⁶

Otros estudios referentes al mantenimiento y mejoramiento de la salud oral de las personas discapacitadas, precisan sobre la importancia del conocimiento de los odontólogos sobre sus necesidades y condiciones individuales, y las distintas opciones que ofrece el mercado en cuanto a cepillos, aditamentos para higiene interdental y control químico de placa.²⁷ De este modo, se puede lograr una selección adecuada de los elementos necesarios para una buena higiene bucal, que conduce a mantenimiento de la salud y mejor calidad de vida.²⁸

En otro estudio, Gaio y colaboradores en Brazil, observaron la salud oral de los estudiantes con retardo mental y encontraron mayor vulnerabilidad, asociada a factores sociodemográficos.²⁹ Incluso, la evidencia científica muestra que es indispensable la necesidad de apoyo de la familia o cuidadores, para implementar una buena higiene bucal en este grupo de población. Asimismo, se requiere facilitar el acceso a los servicios de salud oral y la implementación de estrategias y programas que incluyan la prevención, basados en riesgos específicos de acuerdo al nivel de discapacidad, para disminuir la necesidad frecuente de atención en odontología.³⁰

Actitud y conocimientos de los odontólogos

La actitud en las personas se puede observar como una disposición hacia determinada situación, que se manifiesta o expresa de algún modo. El concepto de actitud desde la psicología social es un estado de disposición nerviosa y mental, que se da mediante la experiencia y produce un efecto direccionado y activo, sobre las respuestas que un individuo brinda a los objetos y situaciones. Basado en lo anterior, la actitud es más una motivación social, que una motivación biológica, al analizarla se pueden predecir formas de conductas o modos de actuar de los individuos.³¹

No obstante, existen variadas definiciones sobre la actitud y cuenta con diversos enfoques, algunos investigadores como Machina y Frydman integran lo social y lo individual, para definirla como la predisposición adquirida y sistemática, hacia determinados objetos del mundo social, como son personas, situaciones, diversidad de culturas y además permite expresar la realidad humana.³²

La manifestación de una actitud en la persona es relativamente estable, pero es susceptible de cambio, estos cambios se presentan como variación a partir de una actitud existente, que puede ser de positiva a negativa o viceversa, o la disminución o aumento de su intensidad. Lo anterior se basa en los resultados de estudios científicos, que mediante la aplicación de diferentes escalas de medición a individuos,³³ que incluyen afirmaciones y preguntas, consideradas relevantes para identificar una determinada actitud, permiten determinar, una vez procesada su medición, la actitud positiva o negativa y sus diferentes niveles de intensidad individual o grupal.³⁴

El odontólogo en el ámbito en el cual desarrolla sus actividades clínicas, se enfrenta al manejo de las fobias, ansiedad, trato a las personas, actitud de él y del paciente, y otros aspectos, no

relacionados directamente con sus actividades profesionales. Estos factores en mención, pueden afectar la atención odontológica, en este sentido la evidencia científica puntualiza sobre la importancia en la formación de estos profesionales de la salud, enfatizando en el desarrollo de habilidades y destrezas, como también el trabajo interdisciplinario, que les permita una atención más adecuada y de calidad para la población en general.³⁵

En particular, la atención odontológica a personas con discapacidad intelectual se dificulta debido a la falta de cooperación de los pacientes durante el tratamiento. Estudios realizados por De John³⁶ muestran que solamente el 10% de este grupo de pacientes colaboran o son menos hiperactivos durante la actividad clínica, el hecho de disponer de información previa sobre el paciente, no mejora su colaboración durante la consulta.³⁷

Se requiere, además de las competencias académicas del profesional, la aplicación de habilidades en el manejo del trato a este tipo de personas, para evitar el exceso de estimulación y protección, que involucran cambios hacia actitud negativa entre paciente y odontólogo.³⁸

El estudio realizado por Quintero M. y colaboradores³⁹ muestra una actitud no favorable en los odontólogos de mayor edad, frente a los pacientes con discapacidad intelectual, también Shakespeare⁴⁰ en la Psicología de la invalidez, describe actitudes más positivas en los profesionales más jóvenes, ante este grupo de personas. Sin embargo en otro estudio de Castillo D y colaboradores⁴¹ no muestran diferencias en la actitud en relación a las variables de sexo y edad.

Como se mencionó anteriormente, las dificultades en la higiene bucal y en algunos casos la escasa colaboración de la familia o cuidadores de los pacientes, hace que el odontólogo deba

identificar las necesidades concretas, teniendo en cuenta por un lado el componente sistémico y por otro el contexto en el cual interactúa el paciente.⁴² Las dificultades en cuanto al manejo de estas personas en la consulta, por escasos conocimientos al respecto y la actitud tanto de los estudiantes de odontología,⁴³ como de los odontólogos hacia las personas con discapacidad intelectual, demanda de una formación académica, que les permita una mayor práctica y experiencia en las diferentes actividades y tratamientos, que requieren para resolver esas necesidades, basados en la evidencia científica que se encuentra disponible sobre esta temática.⁴⁴

El estudio realizado por Oredugba y Sanu, muestra que la atención odontológica a este grupo de personas, puede ser tediosa y difícil, requiere tiempos más prolongados de consulta debido al comportamiento poco colaborativo del paciente. Si embargo, en este estudio se encontró que el nivel de conocimientos de los odontólogos es adecuado y con actitud positiva, que mejora a medida que el profesional adquiere mayor experiencia.⁴⁵ También, el estudio muestra una debilidad en los planes de estudio de algunas facultades de odontología tanto en pregrado como en posgrado, sobre el vacío en el aprendizaje del manejo y la atención, que se le debe brindar a este grupo de población, se requiere desarrollo de habilidades especiales en los estudiantes de odontología.⁴⁶

No obstante, la remisión al odontopediatra cuando el manejo del paciente se dificulta, permite mayores probabilidades de éxito en los tratamientos; conducen a mejorar sus condiciones de salud oral, de acuerdo a las necesidades del paciente. Sin embargo, el acceso a este tipo de odontología especializada aún es escaso, debido a que los planes de salud en muchos países, no lo cubre y la población de bajos recursos no tiene acceso a este tipo de servicio.⁴⁷

CONCLUSIONES

Las condiciones de salud bucodental de las personas con discapacidad intelectual no son buenas, presentan caries dental, enfermedad periodontal, pérdida de dientes permanentes prematuramente, entre otras alteraciones, adicionalmente dificultades para mantener una higiene bucal adecuada. Por lo anterior, se constituye en un grupo de población vulnerable que requiere de una atención odontológica oportuna y de calidad, soportada en detección de riesgos y necesidades individuales del paciente.

Con base en la evidencia científica, se detecta dificultad en la atención odontológica de este grupo de pacientes, en cuanto al desarrollo de habilidades de los odontólogos, además la actitud de los profesionales con mayor edad, en algunas ocasiones puede ser negativa, la cual se afecta por la falta de cooperación del paciente en la atención clínica, que prolonga el tiempo de consulta y afecta la calidad del servicio de salud oral.

Un cambio de actitud en el odontólogo con relación al paciente discapacitado, que le permita implementar un manejo individual con variadas posibilidades de tratamiento; contribuye a que se les considere un grupo prioritario en los planes y programas de los servicios de salud oral, con ello se favorece a que disminuya progresivamente el aislamiento en el cual se encuentran actualmente y mejoren sus condiciones de salud bucal.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de salud: definición de discapacidad. [Citado 28 de febrero de 2012]. Disponible en internet: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud. 58a. Asamblea Mundial de la Salud. Discapacidad incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Informe de la Secretaria; 2005.p.1.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General de 2004. Bogotá: DANE; 2005.
4. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Nariño: IDSN. 2007:19-25.
5. Organización Mundial de la Salud. OMS. 10 Datos sobre discapacidad. Disponible en internet: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>. Citado 27 de febrero de 2012. Junio2011.
6. Dávila M, Gil M, Daza D et al. Salud oral de las personas con retraso mental en cuatro municipios del estado Lara. Acta odontol venez. 2005; 43(3): 275-281. [citado 24 febrero 2012]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000300010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0001-6365.
7. Bissar A, Kaschke I, Gerhard A. Oral health in 12- to 17-year-old athletes participating in the German Special Olympics. International Journal of Paediatric Dentistry. 2010; 20(6): 451-457
8. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinates for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. J Indian Soc Pedod Prevent Dent. 2009; 27(3): 151-157.
9. Horwitz, S, Kerker, B, Owens P. The health status and dental needs. Chapter 5 Dental health among individuals with mental retardation. Washington, DC. Special Olympics. Inc. 2001: 12-18.
10. Bruna-Del Cojo M, Gallardo-López NE, De Nova-García J, Mourelle- Martínez MR. Dental treatment for disabled children in the Spanish Public Health System. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007; 12(6):449-53.
11. Tan N, Rodríguez A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2001 Dic [citado 2012 Feb 27]; 38(3): 181-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072001000300006&lng=es.
12. Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., et al. (1992). Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

13. Sorrentino A. Handicap A. y rehabilitación: una brújula sistémica en el universo relacional del niño con deficiencias físicas. Barcelona: Paidós; 1990:16
14. Luckasson, R., Borthwick-Duffy S., Buntix, WH.E., Coulter, DÍ., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano de M.A. Verdugo y C. Jenaro (en prensa). Madrid: Alianza Editorial]. MacMillan, D.L., Gresham, FM.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad – CIF*. Ginebra; 2000.
16. Ordoñez A, Suárez F, Zarante I, Tamayo M, Contreras G, Bernal J, y col. Un modelo de diagnóstico social y manejo interdisciplinario de una población de niños discapacitados institucionalizados. *Rev. Universitas Médica*. 2008; 49(2):155-171. [Citado Fe 28 de 2012]. Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231016364002> Universitas Médica.
17. Duarte M, Oliveira R, Prokopowitsch I, Botti M. Prevalence of dental trauma in individuals with special needs. *Dental Traumatology*. 2011; 27(2):113-116.
18. Sáez U, Castejón I, Molina A, Roncero M. estudio epidemiológico de salud bucodental en pacientes con Parálisis Cerebral. *Rev Clin Med Fam* [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2012 Feb 28]; 2(5): 206-209. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2008000300003>.
19. Limeres Posse J, Vázquez García E, Medina Henríquez J, Tomás Carmona I, Fernández Feijoo J, Diz Dios P. Pre-assessment of severely handicapped patients suitable of dental treatment under general anesthesia. *Rev Med Oral*. 2003; 8:353-60.
20. Anders P, Davis E. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Special Care in Dentistry*. 2010; 30(3): 110-117.
21. Horwitz, S, Kerker, B, Owens P. The health status and dental needs. Chapter 5 *Dental health among individuals with mental retardation*. Washington, DC. Special Olympics, Inc; 2001:119-129. [Citado 28 febrero.2012]. Disponible en Internet: http://www.specialolympics.org/NR/rdonl yres/e51q5czkqv5vwulp51x5tmny4mcwhyj5vq6eui z r o o q c a e k e u v m k g 7 5 f d 6 w n j 62nhlsprlb7tg4gwqtu4xffauxzsge/healthstatus_needs.pdf.
22. Silvestre F, Plaza A. Odontología en pacientes especiales. Ed Guada Impresores. Valencia-España. 2007. P: 276-278.
23. Dávila M, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. Caries dental en personas con retraso mental y síndrome de down. *Rev. Salud pública* [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2010 June 13]; 8(3): 207-213. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300006&lng=en.
24. Elio-Zans JJ, Pernia J. Estudio epidemiológico bucodentario en pacientes con parálisis cerebral. *Revista Higiene Oral*. 1994; 54:35-39.
25. Buckley S, Sacks B. Oral health problems and quality of life. *Downs Syndr Res Pract*. 2007; 12(1): 17 - 23.
26. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 4. Education. *Br Dent J*. 2008; 205 (3): 119-130.
27. Clavero G, Junco P, Baca P. El spray de clorhexidina como alternativa o complemento al cepillado dental en pacientes ancianos y discapacitados: revisión de la bibliografía. *Archivos de odontoestomatología*. 2002; 18(9): 649 – 653.
28. Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. *Rev. CES Odont*. 2011; 24(1)71-76.
29. Gaio D, Moysés S, Bisinelli J, Sotille B, Tetu S. Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. 2010; 25(4): 425-434.
30. Córdoba D, Portilla M, Arteaga G. Higiene oral de niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad cognitiva leve. *Revista Universidad y Salud*. 2010; 1(12): 34-42.
31. Eiser J. *Psicología Social: Actitudes, cognición y conducta social*. Madrid: Pirámide, 1989.
32. Machina K, Frydman. *La noción de actitud: Unidad de análisis de la psicología social. Su formación y cambio*. 1998. [Citado 28 febrero.2012]. Disponible en internet: <http://galeon.hispavista.com/pcazau/resps-muchi1.htm>.
33. Likert R. A technique for measurement attitudes. *Am J Soc* 1932; 140: 55-65.

34. Thurstone LL. Attitudes can be measured. *Am J Soc* 1928; 33: 529-554.
35. Caycedo C, Cortés O, Gama R, Rodríguez H, Colorado P, Caycedo M, y col. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Rev. Suma psicológica*. 2008; 15 (1):259-278. [Citado 26 agosto 2010]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134212604011>
36. De Jongh A, Van Houtem C, Van der Schoof M, Resida G, Broers D. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec Care Dentist*. 2008; 28 (3): 111-115.
37. Meurs D, Rutten M, De Jongh A. Does information about patients who are intellectually disabled translate into better cooperation during dental visits? *Spec Care Dentist*. 2010; 30(5): 200-205.
38. Villegas LM, Rodríguez DM. Enseñanza de higiene oral personalizada en niños con retardo mental leve y moderado. *Revista CES Odontología* 1995; 8(2): 144-149.
39. Quintero M, Salazar C, Padrón M, Salazar J. Actitud del odontólogo hacia niños y adolescentes discapacitados. *Rev. Acta odontol*. 2005. 43(3). [Fecha de acceso 6 de marzo de 2012]. Disponible en internet: www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/actitud_odontologos.asp
40. Shakespeare R (1981) *La Psicología de la invalidez*. México. Editorial Continental. 70-120.
41. Castillo D, Hernández S. *La integración social y laboral de las personas discapacitadas*. 2000. Universidad Autónoma de Tlaxcala, México. [Fecha de acceso marzo 6 de 2012] Disponible en internet: www.trabajosocial.UNAM.mx/Publicaciones.htm.
42. Córdoba D, Portilla M, Arteaga G. Dinámica familiar interna e higiene bucal en personas con discapacidad intelectual leve. *Rev. Hacia la Promoción de la Salud*. 2010. [Citado marzo 6 de 2012]. Disponible en internet: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista15\(2\)_6.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista15(2)_6.pdf)
43. Casamassimo P, Seale S, Ruehs K. Perception of dentists stockholders of educational and treatment that affect access to care for children with Special Health Care Needs. *Journal of Dental Education*. 2004; 68(1): 23-28
44. Mabry C, Mosca N. Interprofessional educational partnerships in school health for children with special oral health needs. *J Dent Educ*. 2006; 70 (8): 844-850.
45. Oredugba F, Sanu O. Knowledge and behavior of Nigerian dentists concerning the treatment of children with special needs. 2006. *BMC Oral Health*, 6(9):1186/1472-6831-6-9.
46. Ettinger R, Chalmers J, Frenkel H. *J Dent Educ*. 2004; 68 (8):803-806.
47. Bianchi A. Special patients requiere special dentists. *Bol. Asoc. Argent. Odontol. Niños*. 2010; 39(2):17-22.