

DINÁMICA FAMILIAR INTERNA E HIGIENE BUCAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE

*Doris Lucia Córdoba Urbano**
*María Isabel Portilla Cabrera***
*Guillermo Arteaga Caiza****

Recibido en agosto 6 de 2010, aceptado en septiembre 30 de 2010

Resumen

Objetivos: el propósito del estudio fue determinar la relación entre dinámica familiar interna e higiene bucal de personas con discapacidad intelectual leve, en estudiantes del Instituto de Educación Especial PROFESA, de San Juan de Pasto, Colombia, entre junio de 2009 y marzo de 2010. **Material y Método:** estudio descriptivo, corte transversal, tipo cuantitativo. Se realizó en dos etapas: la primera, se examinaron 33 personas con discapacidad intelectual leve, entre 7 y 28 años, se tomó el índice de placa bacteriana de Silness y Løe, para determinar el estado de higiene bucal. La segunda etapa valoró la dinámica familiar interna del grupo de estudiantes, con el instrumento Apgar Familiar. El análisis estadístico utilizó medidas de tendencia central, pruebas de Chi cuadrado, coeficiente de correlación de Spearman. **Resultados:** el 54,5% de las familias son funcionales y el 12,1% de ellas presentaron disfunción leve. El promedio de índice de placa fue 1,362 (DE=0,47), equivalente a higiene bucal regular. Los más altos se presentaron en personas de familias reconstruidas y extensas (composición familiar) y en edad anciana (edad familiar). Los promedios de índices en estudiantes, en familias con disfunción moderada, fueron más altos (1,66) que en familias funcionales (1,37); sin embargo, no se encontró significancia estadística ($p=0,41$). **Conclusiones:** la dinámica familiar interna de las personas con discapacidad intelectual leve es, en mayor proporción, funcional y disfuncional leve. La higiene bucal es regular. Aunque no se encontró relación significativa, es relevante replicar este tipo de estudios de una población vulnerable, en crecimiento y con dificultades para mantener adecuada higiene bucal.

Palabras clave

Familia, relaciones familiares, higiene bucal, odontología para personas con discapacidad, retraso mental.

* Odontóloga. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud. Universidad Cooperativa de Colombia, San Juan de Pasto, Colombia. Correo electrónico: doris.cordoba@campusucc.edu.co

** Odontóloga. Especialista en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud. Universidad Cooperativa de Colombia, San Juan de Pasto, Colombia. Correo electrónico: maria.portilla@campusucc.edu.co

*** Odontólogo. Magister en Administración de Salud. Universidad Cooperativa de Colombia, San Juan de Pasto, Colombia. Correo electrónico: guillermo.arteaga@campusucc.edu.co.

INTERNAL FAMILY DYNAMICS AND ORAL HYGIENE OF PEOPLE WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITY

Abstract

Objectives: the purpose of this study was to determine the relationship between internal family dynamics and oral hygiene of people with mild intellectual disabilities, in students from the Institute of Special Education PROFESA, San Juan de Pasto, Colombia, between June 2009 and March 2010. **Material and Method:** a descriptive, cross-sectional, quantitative study was carried out in two stages: the first one examined 33 people with mild intellectual disability, 7-28 years old and the Silness and Løe bacterial plaque index was measured to determine the status of oral hygiene. The second stage assessed the internal family dynamics of the student group, with the APGAR Family instrument. The statistical analysis used central tendency measures, Chi square tests, Spearman correlation coefficient. **Results:** 54.5% are functional families and 12.1% showed mild dysfunction. The average plaque index was 1,362 (SD=0.47), equivalent to regular oral hygiene. The higher scores were found in rebuilt and extended families (family composition) and in elders (family age.) The average indexes of students from families with moderate dysfunction were higher (1.66) than those in functional families (1.37), although no statistical significance was found ($p = 0.41$). **Conclusions:** the internal family dynamics of people with mild intellectual disabilities is, in greater proportion, functional and mild dysfunctional. Oral hygiene is poor. Although there was no significant relationship, it is relevant to replicate this type of study in an increasing vulnerable population which presents difficulties in maintaining adequate oral hygiene.

Key words

Family, family relations, oral hygiene, odontology for disabled people, mental retardation.

DINAMICA FAMILIAR INTERNA E HIGIENE BUCAL EM PESSOAS COM DEFICIENCIA MENTAL LEVE

Resumo

Objetivos: o propósito do estudo foi determinar a relação entre dinâmica familiar interna e higiene bucal de pessoas com deficiência intelectual leve, em estudantes do Instituto de Educação Especial PROPESA, de São João de Pasto, Colômbia, entre junho de 2009 e março de 2010. **Material e Método:** estudo descritivo corte transversal, tipo quantitativo. Realizou-se em duas etapas: primeira, examinaram-se 33 pessoas com deficiência intelectual leve, entre 7 e 28 anos, se tomou o índice de placa bacteriana de Silness e Løe, para determinar o estado de higiene bucal. A segunda etapa valorou a dinâmica familiar interna do grupo de estudantes, com o instrumento Apgar Familiar. O análise estadístico utilizou medidas de tendência central, provas de Chi quadrado, coeficiente de correlação de Sperman. **Resultados:** o 54,5% das famílias são funcionais e o 12,1% delas apresentaram deficiência leve. O ponto médio de índice de placa foi 1,362 (DE=0,47), equivalente a higiene bucal regular. Os mais altos apresentaram se em pessoas de famílias reconstruídas e extensas (composição familiar) e a idade asiana (idade familiar). Os pontos médios de índices em estudantes, em famílias com deficiência moderada. Foram mais altos (1,66) que em famílias funcionais (1,37); em tanto, não se encontrou significância estadística ($p=0,41$). **Conclusões:** A dinâmica familiar interna das pessoas com deficiência intelectual leve é, em maior proporção, funcional e disfuncional leve. A higiene bucal é regular. Porem não se encontrou relação significativa, é relevante replicar este tipo de estudos numa povoação vulnerável, em crescimento e com dificuldades para manter adequada higiene bucal.

Palavras chave

Família, relações familiares, higiene bucal, odontologia para pessoas com deficiência, mental.

INTRODUCCIÓN

La familia se constituye en una institución base de la sociedad, un ecosistema, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y el contexto universal para todas las comunidades. A través de la historia, se puede observar a las familias desarrollándose en su intimidad, en la búsqueda de satisfacer necesidades, y a su vez, expuestas en el ámbito en que se relacionan. Los aspectos de naturaleza psicológica, biológica y social determinan la dinámica entre los miembros que la conforman y, a su vez, permiten la comunicación entre ellos (1).

Entre los instrumentos más utilizados para el estudio de la dinámica familiar interna, se cuenta con el APGAR Familiar de Smilkstein, que permite evaluar el funcionamiento sistémico, la identificación de familias con riesgo y el grado de satisfacción que la persona percibe al evaluar la función de su sistema familiar (2). Está validado científicamente y se ha utilizado en estudios en Colombia (3) y fuera del país (4). La dinámica familiar se altera por la presencia de una persona con discapacidad, se constituye en un riesgo asociado con las posibilidades de adaptación de la familia a esta situación, por cuanto puede generar conflicto, al enfrentar esta crisis. Sin embargo, para la familia puede ser una oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento, como también de amenaza, trastornos o desviaciones tanto en lo individual como para el grupo familiar (5).

En cuanto a discapacidad, la Organización Mundial de la Salud – OMS la define como toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad, 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 (6).

Actualmente, según la OMS las cifras de discapacidad están en crecimiento, se estima que en el mundo entre el 10% y el 12% de la población padece algún tipo de discapacidad permanente (7). En Colombia, se afirma que estos porcentajes son similares al balance mundial (8). En el contexto regional, el estudio parcial del perfil sociodemográfico de discapacidad, en la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia, reporta una prevalencia del 2,4% (9). Dentro de la clasificación de discapacidades, el retardo mental o discapacidad intelectual, término adoptado recientemente, se refiere a una serie de dificultades, originadas antes de los 18 años, en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta, que intervienen en el procesamiento de la información y, por ende, en el aprendizaje del individuo (10).

Los estudios científicos muestran asociaciones entre discapacidad intelectual y pobre higiene bucal (11), que produce un efecto importante en la calidad de vida del individuo (12). Para establecer la higiene bucal de los individuos, se utilizan índices de placa bacteriana, que suministran una información cuantitativa de su presencia en las superficies dentales. Entre los índices más utilizados para medir la cantidad de placa bacteriana están: índice de higiene oral simplificado de Green y Vermellón, índice de O'Leary, índice de Ramfjord e índice de Placa de Silness y Løe modificado, entre otros (13).

Algunos autores, que utilizan para sus estudios índices de placa bacteriana, muestran que las personas con discapacidad intelectual presentan elevados índices; como en el estudio realizado en Lara, Venezuela, en 2003, en el que el índice de placa bacteriana de Silness y Løe fue de 2,65, lo cual refleja una deficiente higiene bucal (14). En otro estudio hecho en Medellín, Colombia, en personas con síndrome de Down y retraso mental, entre los 7 y 17 años, los resultados demuestran índices de placa bacteriana superiores a 2, que representa deficiente higiene bucal y esta

condición se incrementa al aumentar la edad (15). Así mismo, en otro estudio en Flanders, Bélgica, en niños con retardo mental leve y moderado, se observa que la inflamación gingival está asociada a la presencia de placa bacteriana en las superficies dentales, situación que se incrementa con la edad (16).

De modo que la población en situación de discapacidad intelectual, debido a la disminución en su desarrollo físico y mental, se constituye en un grupo vulnerable, que requiere de la intervención multidisciplinaria de profesionales, para mantener una buena calidad de vida (17). Esto incluye la participación de los odontólogos (18). Por ello, es importante tener en cuenta los factores de riesgo, tanto del vínculo familiar como también de los presentes en cavidad bucal. En consecuencia, la evidencia científica reporta que el punto de partida de los tratamientos de salud se debe proyectar con base en el diagnóstico familiar (19).

El propósito de este trabajo fue encontrar la posible relación entre la dinámica familiar interna y la higiene bucal, de un grupo de personas con discapacidad intelectual leve, que asisten al Instituto de Educación Especial PROFESA, en la ciudad de San Juan de Pasto (Colombia), durante el periodo comprendido entre junio de 2009 y marzo de 2010.

Para este fin, se realizó la valoración de la función de cada familia, mediante la aplicación del Apgar Familiar, instrumento validado científicamente y utilizado para este fin. En cuanto a la valoración de higiene bucal, se utilizó el índice de Silness y Løe, que se usa con más frecuencia en estudios epidemiológicos. También se buscó establecer la posible relación de la higiene bucal con edad familiar, composición de las familias y variables sociodemográficas.

Se dispone de escasos estudios sobre esta temática, de ahí deriva su importancia; además, permite visibilizar una problemática de salud en un grupo vulnerable, por sus condiciones de discapacidad.

En consecuencia, se constituye en un punto de partida para proyectos de investigación multidisciplinaria y aplicación de estrategias de promoción y prevención, con el fin de mejorar la calidad de vida de esta población.

MATERIALES Y METODOS

Se diseñó un estudio descriptivo, de corte transversal, tipo cuantitativo. La selección de la población con discapacidad intelectual leve se realizó de acuerdo con los criterios de inclusión: niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual leve, entre 6 y 28 años, que asisten al Instituto de Educación Especial, PROFESA, ubicado en la ciudad de San Juan de Pasto (Colombia), y sus familias. Los criterios de exclusión: niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual moderada o severa, personas incluidas en el estudio, que no permitan el examen clínico después de tres intentos.

El consentimiento informado se diseñó bajo los principios y normas éticas internacionales y nacionales, establecidas para estudios en humanos y fue aprobado por el Comité de Ética de Ciencias de la Salud, de la Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto. Código CECS02-08. Este consentimiento se socializó con los padres o personas responsables de los estudiantes, previa aceptación, y se procedió a incluirlos en el proyecto. La muestra obtenida para este estudio, fue de 33 personas con discapacidad intelectual leve y sus respectivas familias.

Se diseñaron dos instrumentos para la recolección de información: Formato de índice de placa bacteriana de Silness y Løe, que incluyó información adicional, tomada de la ficha médica diligenciada en PROFESA y datos sociodemográficos como edad, estrato socioeconómico y afiliación al régimen de salud, los cuales fueron suministrados por padres o acudientes. El segundo instrumento fue: Formato del APGAR Familiar.

El trabajo de campo se ejecutó en dos etapas: la primera realizada por el grupo de odontólogos y estudiantes investigadores, para toma del índice de placa bacteriana de Silness y Løe; se eligió este índice por ser el más utilizado en estudios comunitarios. Se basa en medir el espesor de placa bacteriana en las superficies de los dientes índices y cuantificarla para determinar el estado de higiene bucal (20).

Los exámenes clínicos se practicaron en el consultorio de enfermería de PROFESA, en la jornada de la mañana y tarde, antes del recreo, sin previo aviso a los estudiantes y sus familias. El método de examen clínico fue bajo los parámetros de Dunning, tipo 3, uno de los más utilizados para esta clase de valoraciones (21). La calibración del grupo de odontólogos y estudiantes, para la toma del índice de placa bacteriana, se realizó con los especialistas del área de odontopediatría, del Programa de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto. Este índice no requiere de tinción de placa bacteriana, se basa en la determinación de su espesor con relación al margen gingival en los dientes índices (11 ó 51, 23 ó 63, 44 ó 84 y los cuatro últimos molares presentes en cada cuadrante), tomando la superficies libres: mesial, distal, vestibular y palatina/lingual. En caso de no estar presente algún diente índice, se examinó el diente vecino hacia distal y cuando no se encontraba diente en esa zona, se tomaba hacia mesial; en pacientes parcialmente edéntulos, se valoró los dientes presentes.

Los parámetros incluyen: 0= no placa, 1=se evidencia con el explorador o sonda peridontal, una película delgada de placa en contacto con el margen gingival, 2= a simple vista se observa placa a lo largo del margen gingival, 3=gran acumulo de placa bacteriana en el tercio gingival e inclusive en el área interproximal. El índice de placa se determinó por persona, al realizar la sumatoria de los valores obtenidos en cada diente; posteriormente, se sumaron estos registros y se dividieron por el número de dientes examinados. Se

clasificó el nivel de presencia de placa bacteriana así: ausencia de placa igual a 0, nivel bajo de 0,1 a 1, medio de 1,1 a 2, alto de 2,1 a 3.

La segunda etapa del trabajo de campo la realizaron tres psicólogos con experiencia en investigación: un coordinador y dos entrevistadores. Calibrados para la aplicación del Apgar Familiar, entrevistas familiares y diligenciamiento de formularios. Se realizó una entrevista de prueba bajo la supervisión del coordinador. Las letras que componen la palabra Apgar representan las funciones que se miden: adaptación, participación, ganancia y crecimiento, afecto y recursos (22).

Cada uno de los aspectos que se evaluó en el Apgar familiar, incluye preguntas que miden la percepción de satisfacción de su familia, con cuatro opciones de respuesta: 1=Nunca; 2=Casi nunca; 3=Casi siempre; 4=Siempre. Al totalizar el valor de los cinco parámetros, el puntaje oscila entre 1 y 20. En la interpretación de la dinámica familiar interna, se determinó: disfunción familiar severa: menor de 9; disfunción familiar moderada: 10-13; disfunción familiar leve: 14-17; buen funcionamiento familiar: 18-20.

Para complementar el estudio, se tipificaron las familias de acuerdo con su composición: *nuclear*: formada por padre, madre e hijos; *extensa*: formada por padres, hijos y abuelos; *extensa compuesta*: formada por padres, hijos, abuelos, primos o tío; *reconstruida*: formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos; *monoparental*: formada por padre o madre e hijos; *adoptiva*: reconoce la crianza de un niño o un grupo de niños sin lazos parentales, pero que actúan como su propia familia (23).

Con el fin de establecer la edad familiar, se eligió el modelo de ciclo vital de Duvall, que clasifica las etapas que vive la familia: *nido sin usar*, cuando comienza la familia; *familia en expansión*, el hijo

mayor hasta de 29 meses; *familia pre-escolares*, el hijo mayor entre 30 meses y 5 años; *familia escolar*, el hijo mayor entre 6 y 13 años; *familia adolescente*, el hijo mayor entre 13 y 20 años; *familia en plataforma de colocación*, desde que se va del hogar el primer hijo hasta que se va el último; *familia adulta*, el hijo mayor entre 21 y 49 años (desde el “nido vacío” hasta la jubilación); *familia anciana*, la pareja tiene más de 50 años o adulto mayor es el jefe del hogar, desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos (24).

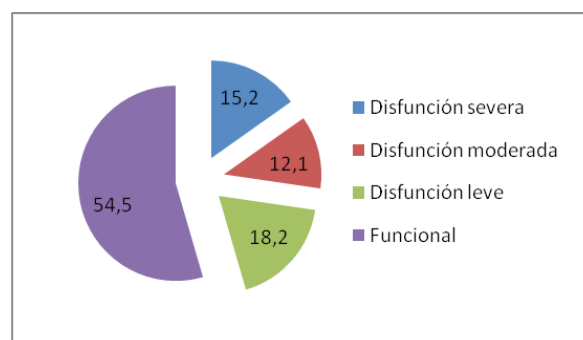
Para el análisis estadístico, se utilizó el paquete SPSS versión 17 en español, con las siguientes pruebas estadísticas: medidas de frecuencia, con el fin de determinar la distribución de la muestra según género, estrato socioeconómico, índice de placa bacteriana, edad familiar, composición familiar, dinámica familiar y afiliación al régimen de salud. Prueba de Chi cuadrado, tabla ANOVA, pruebas de homogeneidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, Levene, coeficiente de Correlación por Rangos de Spearman, con el propósito de establecer relaciones entre las variables de dinámica familiar y niveles de placa bacteriana.

RESULTADOS

En el aspecto sociodemográfico, las edades de las personas con discapacidad intelectual leve estuvieron entre los 7 y 28 años, con promedio de 14,52 (DS= 5,1). El 63,6% son hombres, y el 36,4% mujeres. La estratificación socioeconómica mostró que pertenecen al estrato 1 (27,3%), al estrato 2 (54,5%) y al estrato 3 (18,2%). La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud se distribuyó así: 72,7% régimen subsidiado, y 27,3% régimen contributivo.

Las frecuencias de las variables familiares se distribuyeron, en cuanto a edad: 39,4% en edad adulta, 30,3% en edad adolescente, 24,2% en edad escolar y 6,1% en edad anciana. La composición familiar mostró que el 42,4% son nucleares, extensa 27,3%, monoparental 18,2% y reconstruida 12,1%. Las frecuencias de funcionalidad familiar se muestran en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribución según dinámica familiar.



El 100% de las familias en edad anciana presentan disfuncionalidad moderada, y las familias en edad adolescente son funcionales y con disfunción leve; el mayor porcentaje de las familias en edad adulta y escolar son funcionales, y estas relaciones son estadísticamente significativas ($\chi^2=21,36$, $gl= 9$; $p=0,011$).

El promedio índice de placa bacteriana de Silness y Løe, tomado a los estudiantes de PROFESA, fue de 1,362 (DE= 0,4753), que es higiene bucal regular. El índice osciló entre 0,6 y 2,1; con mayores frecuencias de casos alrededor de los valores 1,4 y 2,1. Dado el interés en realizar un análisis de varianza, se comprobó el supuesto de normalidad de la variable índice de placa bacteriana y composición familiar. Los grupos son homogéneos (KS=0,091; $gl=33$; $p=0,2$) (SW=0,95; $gl=33$; $p=0,13$). Las frecuencias de índice de placa y tipo familiar se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Media Índice de Placa y composición familiar

COMPOSICIÓN FAMILIAR	N	Media	Desviación estándar	Error Estándar	Mínimo	Máximo
Nuclear	14	1,273	,4151	,1109	,6	2,1
Extensa	9	1,399	,6175	,2058	,6	2,1
Reconstruida	4	1,890	,2887	,1443	1,6	2,1
Monoparental	6	1,165	,2079	,0849	,9	1,4
Total	33	1,362	,4753	,0827	,6	2,1

La prueba de homogeneidad de varianzas de Levene, en índice de placa bacteriana y tipología familiar, demostró que los grupos son homogéneos ($L=2,68$; $gl1=3$; $gl2=29$; $p=0,065$). De acuerdo con la tabla ANOVA, no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,82$).

Las frecuencias de la variable índice de placa bacteriana y variable edad familiar muestran valores de índice de placa más altos en familias ancianas y adolescente (Tabla 2).

Tabla 2. Media índice de placa y edad familiar

EDAD FAMILIAR	N	Media	Desviación estándar	Error Estándar	Mínimo	Máximo
Anciana	2	1,855	0,4031	0,2850	1,6	2,1
Adulta	13	1,315	0,4891	0,1356	0,6	2,1
Adolescente	10	1,446	0,4237	0,1340	0,6	2,1
Escolar	8	1,213	0,5092	0,1800	0,6	2,1
Total	33	1,362	0,4753	0,0827	0,6	2,1

Se aplicó la prueba de Levene para comprobar la homogeneidad de varianzas entre índice de placa bacteriana y edad familiar, al interior de los grupos son homogéneas ($L=0,318$; $gl1=3$; $gl2=29$; $p=0,812$). La tabla ANOVA muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,34$).

La media del índice de placa bacteriana en relación con los niveles de funcionalidad familiar, muestra que los mayores niveles de placa bacteriana se dan en las familias con disfunción moderada, pero los niveles más bajos están en familias con disfunción leve (Tabla 3).

Tabla 3. Media Índice de Placa y funcionalidad familiar

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N	Media	Desviación estándar	Error Estándar	Mínimo	Máximo
Disfunción Severa	5	1,398	,5068	,2266	,7	2,1
Disfunción Moderada	4	1,663	,3505	,1752	1,3	2,1
Disfunción Leve	6	1,090	,4838	,1975	,6	1,9
Funcional	18	1,377	,4757	,1121	,6	2,1
Total	33	1,362	,4753	,0827	,6	2,1

Se aplicó la prueba de Levene para comprobar la homogeneidad de varianzas entre índice de placa bacteriana y funcionalidad familiar, al interior de los grupos son homogéneas ($L=0,370$; $gl1=3$; $gl2=29$; $p=0,775$). La tabla ANOVA muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,317$).

Con el fin de establecer la relación entre las variables dinámica familiar y niveles de índice de placa bacteriana, se hizo uso del coeficiente de correlación por rangos de Spearman, y se encontró que no existen significancias ($S=-0,041$; $p=0,41$).

DISCUSIÓN

El estudio del ámbito familiar de las personas con discapacidad intelectual es relevante, en el sentido de que puede afectar la salud general y, en particular, la salud oral; más aún cuando la familia no es capaz de cohesionarse, adecuarse a las circunstancias y fortalecer sus vínculos. En este estudio se determinó el nivel de higiene bucal de 33 personas con discapacidad intelectual leve y la dinámica interna familiar.

El 54,5% de las familias son funcionales, el 18,2% presentan disfunción leve y un bajo porcentaje se encuentran en disfunción severa. Es similar con el estudio realizado en Cuba, por Pérez y col., con personas con discapacidad intelectual, mayores de 17 años, en el cual la disfuncionalidad fue del 46,2%, que se incrementa en la medida en que

la discapacidad intelectual es más severa (25). Lo anterior sugiere que los bajos porcentajes de disfuncionalidad encontrados en este estudio probablemente estén relacionados con que el grupo de personas incluidas no están afectadas con mayor severidad por la discapacidad y sus familias presentan una buena adaptación.

Incluso en otro estudio realizado en EEUU por Blacher y col., en cuanto al impacto positivo o negativo al interior de la familia con niños en discapacidad intelectual, reveló que cuando la familia se adapta satisfactoriamente a esta situación, disminuye la probabilidad de disfuncionalidad, crisis o estrés; además, se encontró que las familias de origen latino toleran y son más positivas ante esta situación (26).

La media del índice de placa bacteriana de Silness y Løe fue de 1,362 ($DE=0,4753$); es una higiene bucal regular; difiere del estudio reportado por Mogollón y col (27), realizado en niños con síndrome de Down y retardo mental, que presentaron un promedio de 2,6 que refleja una mala higiene bucal. Lo cual es similar al estudio realizado en Kuwait por Shyama y col., en individuos con retardo mental, que encontraron un promedio de 1,9; es una higiene bucal regular (28). También se encontraron similitudes con otro estudio, en niños y adolescentes con retardo mental, realizado por Oredugba y col., quienes reportaron una higiene bucal regular, con un valor de índice de placa bacteriana 1,36 (29).

Asimismo, se observa similitud con las cifras del estudio obtenido con el ENSAB III (Encuesta Nacional de Salud Bucal - 1998), y aunque son derivados de la población en general, evidencian un factor de riesgo para las personas. También se observó que el 81,6% de la población colombiana presentó placa bacteriana al momento de realizar el examen odontológico, siendo mayor la presencia de placa en menores de 20 años, con un índice de placa bacteriana de nivel medio (30).

En este estudio, el índice de placa bacteriana fue más elevado en las personas pertenecientes a familias reconstruidas (1,89) y extensas (1,39), en contraste con los de familias monoparentales, que presentaron en promedio los índices de placa bacteriana más bajos (1,16). Sin embargo, no se encuentran estudios específicos sobre la relación directa entre índices de higiene bucal y composición familiar; pero es importante tener en cuenta esta variable, dado que para ciertos autores las familias monoparentales son funcionales, cuando se encuentran satisfechos con las relaciones que se establecen y se puede manifestar en una adecuada salud (31). Otros estudios muestran a las familias monoparentales con disfuncionalidad, debido a las modificaciones en sus patrones de convivencia y a la reorganización de funciones, de modo que pueden presentarse conflictos al interior de la familia, que consiguen afectar el equilibrio físico y emocional (32).

Las personas examinadas que forman parte de familias en edad escolar presentan en promedio índices de placa bacteriana más bajos (1,123), en comparación con los promedios de índice de placa de los pertenecientes a familias ancianas (1,85) y adolescentes (1,44); no obstante, no se encontró significancia estadística ($p=0,237$). En este sentido, estudios en población general evidencian que los escolares presentan mejores hábitos de higiene bucal, por cuanto permiten con mayor facilidad la supervisión y acompañamiento de sus padres o cuidadores. En contraste, los adolescentes muestran dificultades relacionadas

con cambios físicos y emocionales, que influyen en la salud oral y los hace más propensos a desarrollar enfermedades como la caries y la enfermedad periodontal, asociadas a malos hábitos de higiene bucal (33). Estas características probablemente pueden afectar a escolares y adolescentes, en situación de discapacidad intelectual.

En cuanto a los índices de placa bacteriana, de las personas que pertenecen a familia en edad anciana, son ligeramente más altos, con respecto a los demás grupos. Ahora bien, según muestran ciertos estudios, los progenitores ancianos o el jefe cabeza de familia adulto mayor, puede estar afectado por cambios y limitaciones propios de la edad, lo cual lo hace susceptible a desarrollar enfermedades crónicas, y en consecuencia, presentar algunos niveles de discapacidad y dependencia física, lo que produce dificultad en el apoyo, que requieren los hijos en cuidados de salud (34); por ello, existe una marcada relación entre riesgo familiar y los problemas de salud, que aquejan a la familia en edad anciana y en determinado momento pueden afectar la salud oral de los hijos que están bajo su cuidado (35).

En cuanto a la dinámica familiar interna, se encontraron valores más altos de índice de placa bacteriana, en personas de familias con disfunción moderada (1,66) y los niveles más bajos en familias con disfunción leve (1,09), $p=0,41$. Pero en general, la higiene bucal es regular, independientemente de la funcionalidad familiar. Por tanto, se requieren programas específicos de promoción y prevención, orientados a mejorar estas condiciones, que involucren a la familia, para mayor efectividad.

La mayoría de las familias incluidas en este estudio corresponden al estrato socioeconómico 2 y al régimen subsidiado de salud. Estos hallazgos, se pueden relacionar, con investigaciones efectuadas por Emerson y col. (36), que muestran una asociación significativa entre escasos recursos, estratos socioeconómicos bajos y la prevalencia de

la discapacidad intelectual. La pobreza se relaciona con exposición a diferentes riesgos ambientales y psicosociales. Además, el impacto financiero y social del cuidado de estas personas y la exclusión en el ámbito laboral generan menor recepción de recursos monetarios.

Por consiguiente, es relevante que la atención integral hacia la población con discapacidad intelectual se enfoque desde edad temprana, teniendo en cuenta estudios recientes, realizados en Colombia por Córdoba y col. (37), en población adulta con este tipo de discapacidad, que revela dificultades en el ámbito social y laboral, aunque su entorno familiar sea favorable. Se requiere de un acompañamiento permanente a la familia y una atención multidisciplinaria en salud, con el fin de garantizarles mejor calidad de vida (38).

Tal y como reportan algunos autores que involucran parcialmente ciertos aspectos, que se relacionaron en este estudio (39), no se encuentra amplia evidencia científica sobre dinámica familiar, discapacidad intelectual e higiene bucal, que permita un análisis más profundo en cuanto a comparación de resultados. Se requiere réplica en estas temáticas, con investigaciones dirigidas a este tipo de población, sin dejar de lado el modelo bio-psico-social, porque enfoca la salud desde una perspectiva biológica, individual y social (40), e involucra de manera articulada a los profesionales de odontología y otras disciplinas del área social.

CONCLUSIONES

La dinámica familiar interna de las personas con discapacidad intelectual leve es, en mayor proporción, funcional, y su higiene bucal es regular. Es relevante tener en cuenta que este grupo de población demanda estrategias de atención en función de riesgos detectados, tanto en el vínculo familiar, como en la cavidad oral. Lo anterior permite planear estrategias de promoción y prevención individualizadas, para mejorar su higiene bucal.

Las familias que conviven con personas con discapacidad intelectual precisan del apoyo multidisciplinario para garantizar una mejor calidad de vida de sus miembros. Estas actividades de acompañamiento se deben enfocar desde una perspectiva biosicosocial, por cuanto las limitaciones cognitivas no pueden ser causa de exclusión de la sociedad.

Las políticas actuales en el país sobre población en situación de discapacidad tienen mayor cobertura para personas con limitación física o sensorial. En este sentido, se requiere que la normatividad legal se amplíe y se desarrollen programas orientados a la satisfacción de necesidades sentidas por los discapacitados intelectuales y sus familias.

RECOMENDACIONES

Se requiere la réplica de este tipo de estudios, porque se trata de una población menos visible ante la sociedad y presenta dificultades para mantener una buena higiene bucal. Además, es conveniente complementar el estudio familiar con otros instrumentos que permitan evaluar de manera particular los efectos de la discapacidad intelectual, en la calidad de vida de sus miembros.

AGRADECIMIENTOS

El grupo de investigadores agradece a la Universidad Cooperativa de Colombia, por el apoyo financiero para el desarrollo de este proyecto; a la Institución de Educación Especial PROFESA; a la Dra. Marisol Coral, Odontóloga Peridoncista, asesora metodológica de este trabajo; a la Dra. Diana Rodríguez, Psicóloga, por su asesoría en el componente de dinámica familiar; y a las estudiantes del Programa de Odontología, auxiliares de investigación: Liliana Tapia, Luz Dary Gonzales, Juliana Rodríguez, Jennifer Castillo y Verónica Castro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bennet T, De Luca D. Families of children with disabilities: Positive Adaptation Across the Life Cycle. *Journal of Family Nursing* 1999; 5: 275.
2. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15:303-311.
3. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006;35-1:23-29.
4. López M, Orueta R, Gómez-Caro S, Sánchez A, Carmona J, Alonso F. The caregiver burden and its repercussions on quality of life and health. *Rev Clin Med Fam* [en línea]. 2009 Junio [Fecha de acceso 28 de 2010 Junio];2(7): 332-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es. doi: 10.4321/S1699-695X2009000200004.
5. Messa A, Fiamenghi Jr G. Impact of disability in siblings: life stories. *Ciênc. saúde coletiva* [en línea]. 2010 Marzo [Fecha de acceso 24 de junio de 2010];15(2): 529-538. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud – CIF. 2001;9:1.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Informe de la Secretaria. 2005;17:1-3.
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Censo General de 2004. Informe Censo General. 2005.
9. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Informe parcial IDS. 2007:19-25.
10. Jacobson J. Review of “Mental Retardation: Definition, Classification, and systems of supports”. *American Journal of Mental Retardation* 1994; 98:539-541.
11. Dávila M, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. Caries Dental en Personas con Retraso Mental y Síndrome de Down. *Rev. salud pública* [en línea]. 2006 Diciembre [Fecha de acceso 13 junio de 2010];8(3):207-213. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300006&lng=en.
12. Horwitz S, Kerker B, Owens P, Zigler E. The health status and dental needs. Chapter Dental health among individuals with mental retardation. *Special Olympics Inc* 2001; 12-18.
13. Rioboo R. Higiene y Prevención en Odontología Individual y Comunitaria. Madrid: Avances Médico-Dentales S.L;1999.
14. Navas R, Mogollón J. Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down. *Ciencia Odontológica* [en línea] 2007 Diciembre [fecha de acceso 13 Junio 2010];4(2):130-140. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131782452007000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1317-8245.
15. Escobar J, Eslava G. Descripción y análisis de las condiciones de HO y gingival en jóvenes de 7 a 17 años con síndrome de Down y retardo mental moderado institucionalizados. *Rev CES Odont* 1997;10(1):1-8.
16. Martens L, Marks L, Goffin G et al. Oral Hygiene in 12-years-old disabled children in Flanders, Bélgica. *Rev Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2000; 28: 73-80.

17. Henao C, Gil L. Calidad de vida y situación de discapacidad. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 2009;14:112-125.
18. Salazar C, Padrón M, Salazar J. Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. *Acta odontol. venez.* [en línea] 2005 [Fecha de acceso 25 de noviembre 2009]; 43(3):240-251. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652005000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0001-6365.
19. Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea] 1997 Diciembre [Fecha de acceso 22 de junio de 2010];13(6): 591-595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es.
20. Silness J, Loë H. Periodontal disease in pregnancy. Correlation between oral hygienic and periodontal condition. *Acta Odont Scand* 1964; 22:112-135.
21. Dunning D, Barnes C. Comparison of conventional periodontal maintenance versus root planning. *J Periodontol* 2002;73:167-177.
22. Quintero Á. Trabajo social y procesos familiares. Buenos Aires: Lumen/Humanitas; 1997.
23. Agintzari S. El ciclo vital de la familia. Cooperativa de iniciativa social. [en línea] 2007 [Fecha de acceso 11 de Junio de 2010]. Disponible en: <http://www.gurasoena.org/documentoTemas/070104210320071715060015.pdf>
24. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Madrid: Doyma;1994.
25. Pérez V, Parra L. El impacto del déficit mental en el ámbito familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea] 2007 Septiembre. [Fecha de acceso 5 de julio de 2010]; 23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300002&lng=es.
26. Blacher J, Baker B, MacLean Jr. W. Positive Impact of Intellectual Disability on Families. *Rev AJMR* 2007; 112 (5):330-348.
27. Mogollón J, Navas R, Morales T. Condiciones de salud-enfermedad bucal en niños y adolescentes con síndrome de Down. *Salud Bucal. Rev. Est.* [en línea] 2008[Fecha de acceso 14 de julio de 2010]; 45:1-8. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_1_08/est04108.htm.
28. Shyama M, Al-Mutawa S, Honkala S, Honkala E. Supervised toothbrushing and oral health education program in Kuwait for children and Young adults whith Down síndrome. *Spec Care Dentist* 2003; 23(23):94-9.
29. Oredugba F, Akindayomi Y. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health* [en línea] 2008 Octubre [Fecha de acceso 15 de agosto de 2010]; 8(30). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/30/>
30. Ministerio de la Salud. República de Colombia. Discusión general de promoción y prevención. III Estudio Nacional de Salud Bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas. ENSAB III. 1999;7:72.
31. Aguilera G, Elbitar E, Borges Z, Hurtado Jacqueline. Estudio de la funcionalidad familiar en familias con un solo progenitor. *Med Fam* 1999; 7(2):10-16.
32. Arroyo A. Las familias monoparentales en España: ¿Una desviación u otra forma de organización social? [Tesis Doctoral] Madrid: Editorial Universidad Complutense de Madrid; 2002.
33. Mafla A. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colomb. Med* [en línea] 2008 Marzo [Fecha de acceso 2 de diciembre de 2009]; 39(1):41-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000100006&lng=en.

34. Zavala M. Ríos M. García G. Rodríguez C. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*. [en línea] 2009 [Fecha de acceso 21 de julio de 2010]; 9(3):257-269. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1524/1830>
35. Fajardo E. Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna seis del municipio de Ibagué. *Salud Uninorte* [en línea] 2008 [Fecha de acceso 12 de julio de 2010]; 24(2): 248-257. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81722410>
36. Emerson E. Poverty and people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2007; 13(2):107-113.
37. Córdoba L, Mora A, Bedoya A, Verdugo M. Familias de Adultos con Discapacidad Intelectual en Cali, Colombia, Desde el Modelo de Calidad de Vida. *Psyke* 2007; 16(2):29-42.
38. Muñoz M. Lucero B. Integración familiar de jóvenes con discapacidad intelectual moderada, pertenecientes a un hogar de menores. *Interdisciplinaria* [en línea] 2008 [Fecha de acceso 6 de julio de 2010]; 25(1):77-99. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166870272008000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-7027.
39. Emerson E. Hatton C. Llewellyn G. Blacker J. Graham H. Socio-economic position, household composition, health status and indicators of the well-being of mothers of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 2006; 50(12):862-868.
40. Vanegas J. Gil L. La discapacidad, una mirada desde de la teoría de los sistemas y el modelo biosicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 2007; 12:51-61.