

Atención odontológica a personas con discapacidad intelectual: una cuestión de derecho.

Dental care for people with intellectual disabilities: a matter of law.

María Isabel de Fátima Luengas Aguirre,* Elisa Luengas Quintero,** Laura Patricia Sáenz Martínez***

RESUMEN

En el planeta hay 100 millones de personas con alguna discapacidad y en México es el 6.2% de la población total. Estas personas son altamente vulnerables porque el entorno donde se desenvuelven no ofrece las condiciones para favorecer su integración y participación social, como el acceso a servicios médicos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las personas con discapacidad son las menos atendidas en los Servicios Odontológicos, principalmente por inexperiencia del profesional sobre el trato a estas personas, o bien por desconocimiento de los familiares-cuidadores de la importancia de mantener una boca sana. Las personas con discapacidad intelectual (PDI) constituyen un reto para el odontólogo, quien tiene que capacitarse para diseñar estrategias para su atención, ya que los tratamientos para este tipo de pacientes son específicos y poco convencionales. Adicionalmente conviene tomar precauciones en su atención dental, debido a que los PDI consumen diversos medicamentos, por lo que el odontólogo debe asegurarse con otros especialistas para su manejo. Un punto medular sobre las características de la atención odontológica es que ésta tiene que generar confianza y enfrentar con paciencia y destreza a un PDI que cumpla con las expectativas del usuario, trato digno, calidez y confianza centrada en la prevención como principal criterio en la intervención odontológica, sobre todo en la supervisión de la higiene por parte de los familiares. Actualmente se habla de la relación médico-paciente participativa donde se define lo que corresponde a cada persona involucrada en el cuidado de la PDI, sin olvidar que esta atención conviene que sea en equipo. Así, ante este contexto, los odontólogos tendrían que formarse en el cuidado de la salud de las PDI quienes son sujetos de derecho, por tanto tienen que ser atendidos, respetados y tratados con dignidad.

Palabras clave: Discapacidad intelectual, odontología, tratamiento dental.

ABSTRACT

On the planet, there are 100 million people with some disability and in Mexico; it is 6.2% of the total population. These people are highly vulnerable because the environment where they operate does not offer the conditions to favor their integration and social participation, such as access to medical services. According to the World Health Organization, people with disabilities are the least attended in the dental services, mainly because of the inexperience of the professional about the treatment of these people, or because the family/caregivers do not know about the importance of maintaining a healthy mouth. People with intellectual disabilities (PIDs) are a challenge for the dentist, who has to be trained to design strategies for their care since the treatments for these types of patients are specific and unconventional. In addition, precautions should be taken in dental care, because PIDs consume different medications, so the dentist must be sure with other specialists to handle them. A central point about the characteristics of dental care is that it has to generate trust and face with patience and dexterity a PIDs that meets user expectations, dignified treatment, warmth, and confidence focused on prevention as the main criterion in the intervention dental care, especially in the supervision of the hygiene by the relatives. At the moment we are talking about the participative doctor-patient relationship where it is defined that corresponds to each person involved in the care of the PIDs, without forgetting that this care should be in a team. Thus in this context dentists should be trained in the health care of the IDPs who are subjects of law, therefore have to be attended, respected and treated with dignity.

Key words: Intellectual disability, dentistry, dental treatment.

INTRODUCCIÓN

La práctica médica y la odontológica se encuentran lacotadas en su ejercicio dentro de una sociedad que se define como de derecho y democrática. El derecho al cuidado de la salud está establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos desde 1983; así las instituciones públicas de salud hacen realidad este

* Jefa del Área de Ciencias Clínicas. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

** Profesor titular de la Materia de Cultura Comunitaria. Universidad Anáhuac Campus Norte.

*** Profesora investigadora del Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Recibido: 28 Agosto 2017. Aceptado para publicación: 08 Octubre 2017.

derecho mediante la prevención y solución de los problemas sanitarios, esto significa contar con una cobertura amplia que favorezca el acceso universal a los servicios sanitarios, entre ellos los odontológicos.

En el informe que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial elaboraron sobre discapacidad en el mundo, encontraron que aproximadamente 100 millones de personas en el planeta presentan algún tipo de discapacidad.¹ En México, la Secretaría de Salud señaló que un 6.2% de la población total, más de 6,850,841 millones de personas, tiene alguna discapacidad, de las cuales 3,657,292 presentan una discapacidad permanente lo que corresponde al 3.3% de la población total.² Esta situación va en aumento debido al incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, el envejecimiento de la población, los accidentes, la violencia, entre otros factores. Las personas con discapacidad son un grupo altamente vulnerable no sólo por las limitaciones sensoriales, motoras o intelectuales que impiden su desempeño cotidiano y autonomía, sino porque el entorno en donde se desenvuelven no ofrece las condiciones para favorecer su integración y participación social.

La discapacidad se reconoce actualmente como una condición humana, todos la padecemos de una manera temporal o permanente. Hay discapacidades elegidas libremente, restricciones autoimpuestas en conciencia y voluntad, limitaciones que disminuyen el desarrollo de las personas e impiden tener experiencias que incrementen la perspectiva de la vida, por tanto la comprensión del entorno y de los demás. Si no se entiende la discapacidad como esa condición humana sino como algo excepcional que involucra a un grupo reducido de personas, la sociedad no establecerá las facilidades para el acceso a servicios médicos, educativos, empleo, transporte, entre otros, que hacen que las personas con discapacidad estén marginadas, en condiciones de vulnerabilidad y por lo tanto en desventaja en comparación con el resto de la población.³

Al no existir una cultura sobre la discapacidad, los obstáculos que tiene este grupo social se incrementan, entre ellos los prejuicios, la falta de información y la ausencia de políticas adecuadas; si bien la sociedad es poco receptiva a los problemas que enfrenta este creciente grupo poblacional, las personas con discapacidad intelectual (PDI) son las más vulnerables, que además suelen estar entre las más pobres y quienes sufren mayor violencia. Desde el modelo social, la discapacidad se considera una construcción social, que se expresa en el entorno que no ofrece facilidades a las personas con limitaciones, una opresión social que abarca desde la mirada del pensamiento médico hasta el diseño arquitectónico.

La discapacidad intelectual comprende una compleja variedad de problemas, desde diferentes niveles de coeficiente intelectual (IQ) hasta distintas conductas adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas que disminuyen la capacidad de autonomía, de comunicación, interpersonales, sociales, rendimiento escolar, capacidad de realizar actividades cotidianas y de autocuidado. De acuerdo con el *National Institute of Dental and Craniofacial Research*⁴ algunas discapacidades intelectuales conllevan problemas de desarrollo del macizo craneofacial y muscular como falta de movimiento o movimientos anormales, retraso en el desarrollo y de la erupción dental, así como hipoe hipertonia muscular. Debido a la discriminación y la violencia a la que está expuesto este grupo, pueden sufrir golpes y maltratos que afectan la cara y deterioran las funciones bucales y su calidad de vida. El Departamento de Justicia de los Estados Unidos de América reporta que los crímenes violentos son 1.5 más frecuentes en personas con discapacidad.⁵ Los malos tratos sufridos por estas personas generan desconfianza hacia los demás, lo cual dificulta la atención médica u odontológica.

La legislación y la lucha de los derechos humanos establecen que la persona con esta condición es un ciudadano, un sujeto de derecho, con posibilidades de progresar con los apoyos adecuados. Una persona con limitaciones significativas interactúa dentro de un entorno que la define, derivado de ello las barreras que establece la sociedad hacen que la discapacidad se exprese de manera diferente. Dichas barreras van desde el lenguaje, los calificativos que se han utilizado para definirlos sustentados en concepciones de lo «normal o anormal», conceptos contruidos a nivel colectivo que hacen que la mirada hurgue en algún aspecto negativo de la persona con alguna condición diferente. Los nombres que se han dado a las personas con discapacidad intelectual son: «idiota», «imbécil», «débil mental», «retrasado», «minusválido», estos términos presentan varios problemas; de acuerdo con Demetrio Casados⁶ no resalta las capacidades subyacentes de estas personas, las etiquetas sin considerar que la rehabilitación puede modificar algunos aspectos y los identifica con una circunstancia no con la persona en sí, además son términos que se usan para insultar a personas sin discapacidad. Actualmente se definen como personas con discapacidad o diversidad funcional, este término trata de eliminar la discriminación cuando se habla de personas con discapacidad.⁷ El lenguaje orienta la mirada y fundamenta actitudes, como dice Michel Foucault «La mirada no es ya reductora, sino fundadora del individuo...» Esto hace posible organizar alrededor de la persona, un lenguaje racional (el nacimiento de la

clínica), el problema es el supuesto «fundamento racional» que ha permitido la marginación, discriminación y exclusión de estas personas debido al desconocimiento de cómo tratarlas, por el miedo a no controlar lo «diferente», lo «desconocido». Con el agravante de que hoy día se fomenta un estereotipo social donde las personas idealmente tienen que ser o parecer jóvenes, saludables, activas, preocupadas por la apariencia y hedonistas frente a una realidad social donde la discapacidad, la pobreza y la marginación van creciendo; dentro de ese ideal social no hay espacio para las PDI, sólo se hace referencia a ellas en aspectos negativos que causan daño a la sociedad, pero no como personas que pueden aportar algo positivo. Estos estereotipos tendrían que remontarse a conceptos filosóficos más amplios y comprensivos sobre el ser humano. Como dice José Ramón Amor Pan, el problema no es la discapacidad sino lo que hacemos con ella.⁸

De acuerdo con la OMS las personas con discapacidad son las menos atendidas en los Servicios Odontológicos, por factores culturales como ignorancia del profesional sobre el trato a estas personas, o bien por desconocimiento de los familiares o cuidadores de la importancia de mantener una boca sana, por motivos económicos y políticos; muchos de estos pacientes requieren ayuda para el traslado, lo cual genera un costo y esfuerzo adicional, así como condiciones en los consultorios para que sean atendidos de manera cómoda y segura; de igual manera la ausencia de una política pública orientada a cubrir prioritariamente las necesidades de este sector altamente vulnerable de la sociedad.⁹

Las personas con discapacidad son sujetos de derecho, como cualquier persona, por tanto tienen que ser atendidos, respetados y tratados con dignidad; sin embargo, todavía falta mucho para que esto sea una realidad.¹⁰

La pobreza

Uno de los factores más importantes a considerar cuando se habla de vulnerabilidad es la pobreza, se ha reportado que la mayor prevalencia de la discapacidad se encuentra principalmente en países pobres y que esa afecta más a la población que está en los quintiles más bajos de la estructura social. Así la atención a la salud en estas personas no es sólo un problema de dignidad sino de elemental justicia (OMS).

En México la pobreza afectó en el 2010 a 52 millones de personas, en el 2012 a 53.3 y en 2014 a 55.3, lo que quiere decir que va en aumento por múltiples factores entre ellos, inadecuadas políticas, tales como la falta de seguridad social, que en el 2014 incluía a 26 millones de

personas, lo cual suma factores de riesgo a una población desfavorecida.¹¹

Esto significa que en nuestro país un número importante y creciente de personas se encuentra en deplorables condiciones sociales, con consecuencias severas para las personas con limitaciones, por tanto la discapacidad no es un asunto de caridad sino de responsabilidad social que atañe a la sociedad. Claro que a quienes impacta directamente esta desigualdad, es a las PDI así como a los cuidadores que no cuentan generalmente con apoyos o facilidades para cubrir las necesidades de este grupo social.

La atención odontológica una cuestión de derecho

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos sin distinción de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Los derechos humanos son prerrogativas por el sólo hecho de serlo para ser tratados con respeto, consideración y lograr un desarrollo pleno de las capacidades por el bien propio y de los demás. El sustento de los derechos humanos es la dignidad. Éste es el proyecto moral más acabado al que ha llegado la humanidad, pero no es una realidad. Si bien, existe una preocupación por preservar los derechos humanos, aún existen grandes desafíos a vencer en este sentido.

Retos en la atención odontológica

Las personas con discapacidad intelectual constituyen un reto (al igual que cualquier paciente) para el odontólogo, el cual tiene que capacitarse para poder diseñar estrategias idóneas para su atención. Los tratamientos odontológicos para estas personas son poco convencionales, es decir que hay que adaptar las técnicas conforme a las particularidades del individuo, y no tener como única referencia la *lex artis*. Se tiene que pensar en intervenciones a veces poco invasivas, preocuparse más por restaurar la función que lo estético. Adicionalmente es conveniente tomar mayores precauciones en su atención dental, debido a que los PDI consumen una gran cantidad y variedad de medicamentos, así, el odontólogo puede apoyarse en otros especialistas para su manejo.¹² La prevención es la mejor herramienta para tratar a estos pacientes, la cuestión es que generalmente llegan al consultorio por un problema bien establecido, no por una revisión de rutina.

Un punto medular a considerar sobre las características particulares de la atención odontológica es que ésta se da cara a cara es decir, el equipo de salud, tiene que generar confianza y enfrentar con paciencia y destreza

el reto que significa atender a un paciente con discapacidad intelectual, la formación técnica del profesional es crucial, pero no es suficiente, ya que desde el punto de vista moral un buen profesional busca en su desempeño la excelencia no sólo técnica, sino su realización como ser humano; esa búsqueda de bienes internos es la que permite alcanzar un estado de bienestar íntimo y la satisfacción con la tarea realizada, el esfuerzo por encarnar ese ideal que se tiene de sí mismo es una tarea inacabada, es un reto permanente para el profesional que a veces sale bien y otras no tanto.

Otro aspecto a tomar en cuenta es la evidencia de una crítica sistemática a la manera como la odontología realiza su quehacer, donde la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) señaló que respecto a las quejas en población adulta mayor fue la segunda especialidad que acumuló el mayor número de quejas en el 2010, con un 15%, de igual manera el maltrato del personal sanitario al paciente ocupó el segundo lugar y correspondió al odontológico.¹³ Esto significa que hay una práctica odontológica que no cubre las expectativas de los usuarios tanto en los aspectos técnicos, éticos como humanos. Por ello una política pública preocupada por mejorar la condición de los más vulnerables, tendría que orientar la educación de estos profesionales para que cumplan con su responsabilidad ética y social, capacitándose para atender a este grupo social, asimismo dar facilidades en los servicios y en la práctica privada para que las PDI puedan ser atendidas como es su derecho. Procurar los derechos humanos sobre todo en población vulnerable es una de las principales preocupaciones a nivel internacional.

¿Qué se espera de la atención odontológica para las PDI? Que el servicio cumpla con las expectativas del usuario, que se le otorgue un trato digno, que se solucione el problema que lo aqueja, que la información que se le brinde sea verás, ser tratado en un clima de calidez y confianza, que se cuide la confidencialidad y que se promueva la autonomía y responsabilidad del paciente, de acuerdo a sus características.

Algunos problemas bucales en personas con discapacidad

Las enfermedades prevalentes como caries, enfermedades periodontales y maloclusiones afectan a las PDI significativamente. Por ejemplo, la caries asociada al consumo de carbohidratos y a la falta de higiene bucal, puede ser más severa. La dieta es crucial, pero si el paciente tiene problemas para la masticación y la deglución se le dará

una dieta blanda a veces rica en carbohidratos sin las medidas de higiene necesarias para contrarrestar la frecuencia en su consumo, factores de riesgo que inciden en el desarrollo de la caries y a largo la pérdida dental.

El desarrollo de la periodontitis también tiene que ver con la mala higiene, aunado a los medicamentos, generalmente los anticonvulsivos que suelen usar las PDI. Al no existir un adecuado control de biofilm microbiano, la inflamación asociada llega a generar mayor hiperplasia gingival, y las condiciones aumentadas pueden contribuir también a la pérdida dental.

La falta de dientes tanto por caries como por periodontitis dificulta la realización de las funciones bucales, lo que tiene un impacto en la calidad de vida que puede limitar además la interacción social.

Las maloclusiones como consecuencia del poco desarrollo del macizo facial son un problema frecuente, por ejemplo en el síndrome de Down, que aunado al bajo tono muscular limita el crecimiento óseo armónico. Otros ejemplos son las lesiones ocasionadas por violencia que sufren las PDI, lo que puede incrementar el riesgo de pérdida dental y de maloclusiones.

Propuesta de algunas estrategias en la atención odontológica

- a) Allegarse toda la información sobre el paciente, proveniente de quienes los conocen (cuidadores y/o padres) y con el equipo médico que lo atiende. Trazar con ellos estrategias para la atención del paciente, así como establecer las prioridades. Explicar detalladamente los procedimientos que se llevarán a cabo, incluyendo las posibilidades de restricción física para evitar movimientos riesgosos del paciente y se requiere una clara comprensión de los padres o tutores, sobre todas las posibilidades en la atención, porque ellos firman el consentimiento informado y quienes tienen que asegurar la continuidad del tratamiento y del mantenimiento higiénico. Si hay dudas de los familiares sobre el manejo del paciente, hay que sugerir contar con otra opinión. Asegurarse de que el consentimiento informado sea eso un «consentimiento bajo información», y no un requisito, en este sentido la honestidad y compromiso del profesional son cruciales.
- b) Considerar la escolaridad de los padres y/o cuidadores, ya que se ha visto que una menor escolaridad repercute en la salud oral. Estudios realizados muestran que la escolaridad tiene un impacto positivo en la salud, sobre todo la de la madre.

- c) Otros aspectos a reflexionar son las experiencias de padres o cuidadores con el dentista y la relación de ellos con las PDI, la cual puede ser de sobreprotección, lo que no favorece el desarrollo de la autonomía y complica el manejo de las PDI.
- d) Actualmente se habla de la relación médico-paciente participativa donde cada uno cumple una tarea cuyo resultado es mejor para el paciente, donde se define claramente lo que le corresponde a cada uno de los involucrados en el cuidado de la PDI. Si cada uno entiende la importancia de su participación y asume su responsabilidad habrá un buen resultado. Es importante respetar las preferencias del paciente ya que él es el centro sobre el que giran todos los factores. Derivado de lo anterior, deberá valorarse la oportunidad de aplicar el asentimiento informado como el de la atención de los menores de edad,¹⁴ y en el que puede manifestar su decisión sobre ciertos tratamientos no urgentes. Cabe mencionar que siempre se priorizará el beneficio del paciente, lo que favorece su cooperación durante el tratamiento además de ser un acto de respeto.
- e) Establecer con los cuidadores y/o responsables de la atención médica, los riesgos y medidas a desarrollar para la atención odontológica segura de las PDI.
- f) Desarrollar habilidades para comunicar las prioridades e informar al paciente y cuidadores sobre las necesidades de salud, así como las alternativas de tratamiento. Una vez determinado el plan de acción, el siguiente paso es establecer las estrategias de abordaje. No hay que desestimar lo que el paciente puede hacer y buscar que coopere. Una cuestión crucial en el tratamiento de las PDI es reducir la ansiedad que genera el consultorio dental, utilizar estrategias para el manejo de conducta, tales como introducir al paciente al ambiente del consultorio en una sesión previa al tratamiento, así como darle tiempo a que se adapte al nuevo entorno.
- g) La capacitación a los familiares para que supervisen o en su caso realicen la higiene bucal, es fundamental para el éxito del tratamiento. El énfasis que ponga el profesional en este aspecto redundará en un beneficio sustantivo para el paciente que se expresará a corto y largo plazo.
- h) La instrucción a familiares y/o cuidadores para detectar cualquier signo de alarma o alteración en la boca de PDI es fundamental para evitar problemas. Es frecuente que pacientes con autismo y otros problemas intelectuales se autolesionen, por ello la vigilancia estrecha y la atención oportuna son importantes.
- i) Evaluar con el médico tratante el uso de medicamentos como el diazepam para disminuir la ansiedad del paciente, debido a que las PDI generalmente consumen muchos fármacos, por ello es necesario sólo prescribir aquellos indicados para una atención odontológica segura.
- j) Realizar citas cortas a primera hora de la consulta para evitar largas esperas que generen ansiedad. Sin embargo, hay que valorar el tiempo de la cita porque a veces el paciente se traslada con dificultades y genera gastos económicos y de tiempo que la familia a veces no puede afrontar. La estrategia sería dar pausas y permitir que la PDI descansa, introducir el reforzamiento de la técnica de cepillado para que se disminuya la tensión en el consultorio.
- k) La prevención es el principal criterio a utilizar cuando se piensa en la intervención odontológica sobre todo a las PDI, por lo que privilegiar el uso de barniz de fluoruro es fundamental. Con el desarrollo de los materiales dentales, sellar foseas en zonas altamente susceptibles al ataque carioso es prioritario. Asimismo aplicar medidas de protección específica para la prevención de las enfermedades periodontales, tanto por la falta de higiene, como derivada de la condición del paciente por el uso de medicamentos.¹⁵
- l) El control de la dieta es difícil en las PDI porque muchas veces tienen problemas para deglutir o bien por tener preferencia en el consumo de carbohidratos. En este punto es importante platicar con el médico tratante o con el nutriólogo para decidir qué estrategias se requiere implementar. Siempre el odontólogo debe tener presente que la atención a las PDI es una cuestión de equipo.¹⁶
- m) Capacitación al personal de odontología y a su personal, para realizar todas las actividades y recomendaciones en la atención a las personas con discapacidad en un marco de respeto a sus derechos humanos.

CONCLUSIÓN

En conclusión se busca una atención odontológica centrada en solucionar las necesidades de la PDI y proteger su derecho a la salud y a una vida digna. Considerar que el cuidado de los derechos corresponde solamente a las autoridades es un error, es la sociedad en su conjunto la que debe velar por su concreción, sobre todo los profesionales, para este caso los odontólogos, quienes tendrían que formarse en el cuidado de la salud de estos pacientes y contribuir así a un acto de elemental justicia. Para alcanzar este objetivo, tanto en el ámbito público

con las 5,519 Unidades de los Servicios de Salud en los Estados, así como con el resto de las instituciones del sector salud, y en el ámbito privado,¹⁷ se requiere de un alto compromiso personal e institucional asumiendo, con responsabilidad, que las personas con discapacidad son pacientes altamente vulnerables por lo que debería haber una mayor preocupación por proteger sus derechos a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS-Banco Mundial. Informe Mundial sobre la Discapacidad. OMS, Ginebra Suiza 2011.
2. ENPDis 2 010. Encuesta nacional sobre percepción de discapacidad en la población mexicana. Primera Edición. México: INSP. 2013.
3. OMS-Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra Suiza: OMS; 2011.
4. NIDCR 2009. NIDCR. Practical oral care for people with developmental disabilities. NIH Publication. Jul 2009, No. 9-5195, USA.
5. Atkinson JP, Ward KM. The development of an assessment of interpersonal violence for individuals with intellectual and development disabilities. *Sexuality and Disability*. 2012; 30 (3): 301-309.
6. Panorama de la discapacidad. INTRESS. Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales. España. 1991.
7. González FP. Bioética y discapacidad en la atención sanitaria pediátrica. Ponencia presentada en el IX Congreso Internacional de la FIBIP y I Congreso de Bioética Centro Juan Pablo II Mayo 2013.
8. Amor-Pan JR. Neurociencias, discapacidad intelectual y Biopolítica. *Rev Síndrome de Down*. 2015; 32: 15-20.
9. World Health Organization. Media Centre. Disability and health fact sheet. 2016.
10. Román B. La ética en los servicios de atención a personas con discapacidad intelectual severa ¿Por qué? *Fundaci Víctor Grífols i Lucas, Cuadernos* 21: 14-37.
11. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Consideraciones para el proceso presupuestario 2016 [Monografía en Internet]. México. Mayo 2015 [Consultado el 7 de Octubre del 2015], [164 p.]. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Consideraciones_presupuestales_2016.pdf
12. Lehl G. Issues in dental care of children with intellectual disability. *Open Access Scientific Reports*. 2013; 2: 695.
13. Jiménez-Chávez JP, Rodríguez-Suárez J, Campos-Castolio M, Córdoba-Ávila MA, Aguirre GH. Causas de quejas y posibles efectos adversos en adultos mayores. *Rev CONAMED*. 2010; 15 (1): 15-21.
14. Pinto BB, Gulfo DR. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Revista Colombiana de Bioética*. 2013; 8 (1): 144-165.
15. NIDCR. Continuing education: practical oral care for people with developmental disabilities. Disponible en: <http://nidcr.nih.gov/OralHealth/topics/developmentalDisabilities/ContinuingEducation.htm#mental>
16. Care Quality Commission. Healthcare for disabled children and young people. Special Review. London, UK. 2012.
17. Información directa de la Subdirección de Salud Bucal. Datos Secretaría de Salud del 2do trimestre 2016.

Correspondencia:

Dra. María Isabel de Fátima Luengas Aguirre

Ciudad de México.

Tel: 5483 7242

E-mail: mluengas@correo.xoc.uam.mx