

186



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

AUTOCUIDADO DENTAL EN PACIENTES CIEGOS

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A .

ROSA ICELA GARCIA VILLAMAR

DIRECTORA: LIC EN PSIC. NATALIA MEZA CELIS
ASESOR · C.D ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME



México, D.F.

200



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres Aurelio y Lucila

Les agradezco por todo el cariño que me dieron , la comprensión y desvelos que pasaron conmigo,

Gracias por ser mi guía , mis amigos y un ejemplo a seguir.

Les amo

A mis hermanos Belem, Andrés, Oscar y Marco por la confianza y apoyo

Ami esposo Carlos le agradezco toda la confianza que puso en mi , el apoyo incondicional. gracias por todo.

Te amo

A mi hija Karla Itzel te doy gracias por permitirme realizar mi meta, pese al tiempo que te deje, te amo hijita este tiempo que te quite lo voy a recuperar, cuidándote toda la vida

Te amo hija

Gracias

A la familia por parte de mi esposo, gracias por su confianza y el apoyo incondicional , gracias Almis y Sra. Paulina

Con admiración y respeto agradezco a mi Directora de Tesis Natalia Meza Celis y a mi asesor Dr. Alfonso Bâcame por el apoyo y colaboración para poder realizar la investigación

I N D I C E

1. Introducción	1
2. Marco Teórico	2
2.1 Ceguera definición	
2.2 Historia de la ceguera	3
2.3 Etiología de la ceguera	4
2.4 Enfermedades que influyen en la ceguera	5
2.5 Enfermedades adquiridas que producen ceguera	
2.6 La ceguera en la sociedad	6
2.7 Definición del discapacitado	
2.7.1 Los niños discapacitados en la sociedad	7
2.8 Ceguera en niños	8
2.8.1 Factores de Riesgo	9
2.8.2 Comunicación con niños ciegos	
2.9 Antecedente Dental en niños ciegos	10
2.9.1 Primera consulta odontológica en niños ciegos	11
2.9.2 Odontología preventiva para niños ciegos	12
2.9.3 Estudio previo del manejo dental	14
2.10 Autocuidado dental en niños ciegos	20
2.11 Ayudas físicas	26
2.12 Justificación y Planteamiento del Problema	27
2.13 Hipótesis	

2.14 Objetivo General	
2.15 Objetivo Específico	28
METODOLOGÍA	29
TIPO DE ESTUDIO	30
UNIVERSO DE ESTUDIO	
SELECCION DE MUESTRA	
RECURSOS HUMANOS	
RECURSOS MATERIALES	
RECURSOS FÍSICOS	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	32

RESULTADOS

CONCLUSIONES

ANEXO

1. Introducción.

Las personas invidentes, viven una perspectiva diferente de este mundo. Su tiempo, su espacio y sus relaciones interpersonales las aprecian de otra forma. A pesar de sus discapacidades, sus sentidos se agudizan, tienen una mentalidad más abierta y ganas de superarse, gracias al apoyo que se está dando en los Institutos para ciegos y débiles visuales.

Los estudios realizados sobre el desarrollo de los niños ciegos indican términos generales, no es cambiado por la ceguera, sin embargo debemos tomar en cuenta que estas etapas del desarrollo varían de un individuo a otro.

Su desarrollo más lento de lo normal ha sido atribuido a que los niños ciegos deberán de aprender a realizar sus actividades en forma diferente que en un niño vidente.

El interrogar a los padres con respecto a algunas etapas fundamentales del desarrollo del niño, nos puede ayudar a calcular, cuando éste se encuentre listo, para la inspección y palpación del sistema estomatognático, y así realizar los procedimientos que requiera en su salud bucal.

Tal vez por esto las instituciones necesitan más apoyo para poder llevar a cabo un programa de salud Bucodental adecuado a niños ciegos, así como tiempo y dedicación en el tratamiento de cada uno de ellos.

Esta tesina busca tener un medio de acercamiento a la población ciega, que necesita atención como cualquier otro miembro de la sociedad.

2. Marco Teórico.

2.1 Ceguera Definición.

Privación total o parcial de la vista que puede deberse a causas numerosas, en principio se divide en ceguera congénita o de nacimiento y ceguera adquirida

2.2 Historia de la ceguera.

En la antigüedad y la Edad Media estaban los ciegos en el más completo abandono. Eran mendigos y algunos, más afortunados, eran rapsodas juglares o trovadores. Un rapsoda fue Homero, el poeta ciego de la Iliada; San Luis rey de Francia, fundó en París, en el siglo XIII el hospital Quince Vings para ciegos .

Las cartas sobre los ciegos, de Diderot, el enciclopedista francés, y los triunfos de la joven pianista ciega vienesa María Teresa Von Paradis, promovieron un movimiento de simpatía hacia los no videntes, que motivó la primera escuela para ciegos, fundada en París en 1784 por Valentin Hauy, y la publicación de un libro Educación para ciegos - 1786 -, en el cual asienta las bases de un alfabeto latino en relieve, que pronto fue imitado en otros países, donde se fundaron establecimientos educacionales para los ciegos, como Inglaterra, Austria, Alemania etc. Estas instituciones y estos esfuerzos se basan en la caridad , para ayudarlos a ser independientes .

En 1790 se abrieron escuelas para ciegos necesitados en Inglaterra y Escocia, Su propósito original era la formación de estas personas en oficios manuales, pero, unos años después , se adoptó un sistema de educación general . En 1806 Hauy fundó una escuela en Rusia y participó en el establecimiento de otra en Berlín. Estas escuelas tuvieron tanto éxito que hacia 1811 existían instituciones similares en toda Europa.

Hacia 1826, Luis Braille, inventó el alfabeto de puntos en relieve, mucho más conveniente que el de Hauy, y que se extendió por todo el mundo, y con el cual se hacen libros de lectura, e incluso números y notaciones musicales. Aún se emplea en algunos países el sistema Moon, semejante al de Hauy. Existen máquinas de escribir y estereotipias sistema Braille, lanzadas por Hall en 1890. Se imprimen libros, programas y hasta atlas, funcionan

bibliotecas de libros Braille que presentan los libros, ya que su adquisición, por su elevado costo, es prohibitiva. También hay libros parlantes en discos. Es modelo la discoteca para ciegos de los Estados Unidos de América.

El Quijote en Braille tiene dimensiones diez o doce veces mayores que la de una edición corriente para videntes, o sea unos 6 u 8 gruesos volúmenes.

La educación de los ciegos comprende lectura, matemáticas, geografía, geometría, física, para la música tienen que aprender de oído y de memoria, pues necesitan los dedos para ir siguiendo la partitura. Muchos trabajan en la radio, y el modelado, se adaptan para la ebanistería, torno, alfarería, cestería, tejido, además de ser buenos gimnastas. En la segunda guerra mundial muchas máquinas fueron manejadas por ciegos.

La ceguera en México es un problema de salud pública que requiere de la participación de todos.

Su atención ha representado significativos cambios a través de las diferentes etapas de la vida nacional. En marzo de 1870, siendo Presidente de la República el Lic. Benito Juárez, y gracias al filántropo Ignacio Trigueros, hombre inquieto por rescatar a los ciegos de la mendicidad y el rechazo en que vivían, fundo, a pesar de la difícil situación financiera por la que atravesaba el país, la primera escuela para ciegos "Ignacio Trigueros", que hasta la actualidad ha sido un lugar querido por todos, debido a que representó un cambio en el destino de los invidentes al convertirlos en sujetos de educación.

En el año de 1951 se fundó el Instituto Nacional de Niños Ciegos, que empezó a funcionar en marzo de 1955, como dependencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La base de sus programas fue la Educación Especial.

En 1971, se amplió la atención a niños débiles visuales, cambiando la razón social por el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales. Se dotó al Instituto con equipo necesario y recursos humanos suficientes, responsables de proporcionar servicios de valoración y rehabilitación para el manejo de los aspectos biopsicosociales.

Por Decreto Presidencial emitido en diciembre de 1982, pasa a ser responsable de la Atención a Minusválidos, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

2.3 Etiología de la Ceguera.

La ceguera congénita suele tener como causa la sífilis y las mal formaciones, o sea , defectuosa conformación del órgano de la visión o sus nervios . La ceguera adquirida se debe a enfermedades , como la oftalmia purulenta del recién nacido, evitables con la aplicación a los ojos del niño de algunas gotas de solución de nitrato de plata. El tracoma es responsable de un 50 por ciento de casos de la ceguera, la viruela , las heridas o traumatismos , sobre todo durante las guerras. El glaucoma , la catarata, la retinitis se da por falta de vitamina B. La ambliopía es la debilidad visual sin motivo aparente , que de continuar , llega a la amaurosis o ceguera total y la irítis.

Alguna de estas enfermedades son determinadas por el abuso del alcohol o del tabaco, y su síntoma inicial es la aparición de una nube en el campo visual y el daitonismo.

El tracoma predomina en el Medio Oriente y en las costas del Mediterráneo, y la viruela en China. La ceguera nocturna o mal funcionamiento de la visión en la obscuridad suele obedecer a la falta de la vitamina A.

La fibroplasia retrolental solía ser muy frecuente entre 1949 y 1954 antes de que fuera determinada la etiología y se tomaran medidas correctivas

En los adultos también son causa de ceguera la Diabetes Mellitus y la Hipertensión . Otra causa frecuente de ceguera en los ancianos, es la enfermedad degenerativa de la retina central { degeneración de la mácula}, que es a veces causa de la arteriosclerosis

2.4 Enfermedades que influyen en la ceguera.

Las enfermedades que influyen poderosamente sobre la visión son : La sinusitis, amigdalitis y diabetes, entre otras. La conjuntivitis mal cuidada puede dar lugar a cegueras parciales.

Existe correspondencia entre ambos ojos para la propagación de las enfermedades que los afectan. Hay ciertas perturbaciones de un ojo que se comunican al sano, el que, sin contraer precisamente la enfermedad, sufre perturbaciones que pueden llegar a la ceguera. En ocasiones es preciso extraer el ojo enfermo para prevenir la ceguera de ambos.

Cuando la Rubéola ataca a una mujer en el primer trimestre del embarazo, el efecto sobre el producto puede ser de gran magnitud. Muchos de los niños con deficiencias múltiples, padecen el síndrome de la rubéola puede incluir

ceguera por la formación de cataratas congénitas

2.5 Enfermedades adquiridas que producen ceguera.

A. Glaucoma.

Enfermedad ocular que se caracteriza por el aumento anormal de la tensión interna del ojo y que puede causar trastornos que van desde la visión defectuosa hasta la ceguera total. Se conocen tres tipos de glaucoma.

1.- Inflamatorio o congestivo

2.- No inflamatorio o simple

3.- Secundario, se desconocen sus causas, pero se consideran factores de predisposición la edad avanzada, la arteriosclerosis y la herencia.

El glaucoma consiste esencialmente en un desequilibrio entre la producción de humor acuoso y su salida por las vías normales, por obstrucción de las mismas. Los síntomas principales son: dolor brusco del globo ocular, conjuntiva inyectada en sangre, color turbio de la córnea, pupila inmóvil y disminución de la visión

B. Catarata

Es la nebulosidad u opacidad del cristalino del ojo, de su cápsula o lente, o del humor que existe entre ambos, motivada por la interposición de una telilla que impide el paso de la luz y llega a causar la ceguera. Puede ser de nacimiento, congénita o adquirida, por causas tales como traumatismo, diabetes, origen muy frecuente, senectud o por glaucoma - exceso de presión intraocular- No existe tratamiento médico, ni dieta capaz de curarla, siendo preciso recurrir a la intervención quirúrgica, mediante la extracción de la lente o la faco-éresis, operación del oftalmólogo español Barraquer. La operación de catarata alcanza hoy un 99 por ciento de éxito.

C. Tracoma

Enfermedad de los ojos, contagiosa y extendida por todo el mundo. Las conjuntivas, que son las membranas que tapizan los ojos, se encuentran inflamadas formándose diminutos gránulos, por lo que se llama también conjuntivitis granulosa. Los párpados están retraídos mostrando sus bordes rojos. Hay secreción, según la clase de tracoma, y el paciente sufre en los ojos sensación de quemaduras o de cuerpo extraño, molestándole la luz del

sol. Descuidada la enfermedad se hace progresiva, las lesiones causadas por la infección microbiana avanzan, pudiendo terminar con la ceguera o pérdida parcial de la visión. El tracoma se da entre gente pobre que vive en malas condiciones de higiene. Especialmente lo padecen en Egipto, Arabia y la India . Antiguamente el tracoma era rebelde a los distintos tratamientos. Hoy se cura empleando las sulfamidas o los antibióticos.

D. Agnosias Ópticas (ceguera psíquica)

Cuando el paciente por causa central, sólo reconoce claridad y oscuridad y no se da cuenta del movimiento, magnitud, forma, color, posición, etc. de los objetos, la agnosia óptica es total. En otros casos la agnosia es parcial, y aunque el sujeto percibe bien ciertas propiedades ópticas, no identifica lo que ve o no es capaz de relacionarlo con las percepciones correspondientes a las restantes esferas sensoriales

E. Fibroplasia

Se presenta en los niños prematuro de bajo peso al nacer que han recibido altas concentraciones de oxígeno. El oxígeno daña los tejidos inmaduros del ojo lo que provoca cicatrización de la retina.

2.6 La ceguera en la sociedad.

Al que no ve se le denomina ciego, estas personas forman parte activa en la vida social de su comunidad necesitan una educación especial, una mayor comprensión y simpatía por parte de los videntes, para no hacerle sentir su defecto y que no se considere subestimado. Es importante darle oportunidad, mediante el aprendizaje de un oficio para que se gane la vida, considerándose así mismo miembro útil y activo de la sociedad.

Tanto la familia como la sociedad hacen que el ciego se perciba asimismo como un ser minusválido, inseguro, dependiente, introvertido y poco sociable, conductas que se fortalecen a medida que el tiempo transcurre y que más adelante creada esta imagen falsa se aproveche para que se perpetúen las mismas actitudes por parte de la familia y sociedad

2.7 Definición del Discapacitado.

La discapacidad es una desventaja para el individuo, resultado de un deterioro o impedimento que limita o evita el cumplimiento de un papel que sería normal para esa persona. Discapacidad es toda restricción o falta de capacidad, resultante de un deterioro para realizar una actividad en la forma

o dentro de la gama considerada normal para el ser humano, mientras que impedimento es toda pérdida o anomalía psicológica, fisiológica o de estructura anatómica.

De esto surge que la discapacidad representa apartarse de lo normal, en términos del desempeño individual, mientras que el ser impedido es un fenómeno social que representa que las consecuencias sociales y ambientales para el individuo, se originen en la presencia de *deterioro o discapacidad*.

En toda fase puede utilizarse intervención médica, odontológica, educativa, psicosocial, para minimizar las desventajas de estos individuos.

2.7.1 Los niños discapacitados en la sociedad.

Cuando en una familia nace un niño discapacitado o cuando uno previamente normal se convierte en enfermo crónico o discapacitado, la familia resulta afectada. En los padres son comunes los sentimientos de culpa, enojo, pena, desamparo, e incertidumbre.

Las implicaciones para la vida familiar varían según la situación real, pero en muchos casos habrá mayores tensiones emocionales, físicas y también financieras. Muchos progenitores, en especial las madres, tienen que abandonar o reducir sus propias aspiraciones profesionales por que el niño discapacitado necesita más cuidados y de mayor duración que el niño sano.

La relación entre los padres y su comportamiento con los hermanos del niño discapacitado, la familia y los amigos pueden ser influenciados de diversas formas. Los padres de niños discapacitados muchas veces carecen de tiempo para el ocio y la actividad social. Mientras que la carga del cuidado de los niños se reduce a medida que los niños sanos se hacen independientes, muchos niños discapacitados demandan mayores cuidados a medida que crecen.

Los niños con discapacidad advierten desde temprana edad que son diferentes. La plena comprensión de su situación vital diferente emerge hacia los 9 o 10 años. Esto puede ser reconocido como presión mental en el niño discapacitado la cual no se observa en el sujeto normal de esta edad. Durante la adolescencia los discapacitados pueden atravesar períodos en que rechazan los tratamientos necesarios y reaccionan de distinta forma al hecho de ser diferentes, desde hace poco tiempo se ha reconocido que ciertos niños discapacitados necesitan asistencia psicológica para ser capaces de manejar esta crisis de desarrollo.

2.8 Ceguera en niños.

La ceguera en niños puede ser producida por agresiones prenatales como infecciones a principios de la gestación - rubéola- La ceguera también puede estar presente como uno de los síntomas de diversos síndromes. Las causas posnatales de ceguera pueden ser, premadurez, tumores, traumas o consecuencias de ciertas enfermedades.

La ceguera abunda en los niños, las causas principales incluyen enfermedades infecciosas envenenamiento y traumatismo. La fibroplasia retrolenticular, que fue la causa principal de la ceguera de los bebés dos décadas atrás, ha sido substancialmente reducida desde que se estableció que la causa era el suministro excesivo de oxígeno a los bebés prematuros, no obstante es utilizado cuando son imprescindibles grandes dosis de oxígeno para salvar la vida de algunos bebés prematuros con enfermedades respiratorias.

Los niños totalmente ciegos constituyen solamente una pequeña minoría de los legalmente ciegos. Una persona confirmada por el especialista como ciega es aquella que con corrección óptica ve menos a la distancia de 6.90 metros que una persona con vista normal a 61 metros (agudeza visual de 20/200) o cuyo campo visual se limite a un ángulo estrecho. Incluidos en el grupo con deficiencias visuales, aunque no totalmente ciegos, están los que poseen vista parcial. Esta población incluye aproximadamente a 1 de cada 500 niños en edad preescolar y de edad escolar. Tales niños poseen una agudeza visual de 20/70 o menos en el mejor ojo, aunque poseen un residuo de visión útil que les permite utilizar esto como la principal vía de aprendizaje y de comunicación con el cerebro.

La experiencia ha demostrado que la definición de la ceguera no es útil desde el punto de vista docente. Se ha demostrado que muchos niños legalmente ciegos pueden usar eficazmente los medios docentes especiales diseñados para los que poseen vista parcial, por lo que deberán ser clasificados como parcialmente videntes pero no ciegos. Esto se menciona para hacer notar al odontólogo que el grado de la deficiencia visual puede requerir una anamnesis mayor al paciente, a sus padres o ambos.

En el niño ciego, la movilidad es necesaria para establecer el primer nexo con el mundo exterior, sin el cual el desarrollo táctil y auditivo se le obstaculizado, ya que el niño no conoce la estructura del espacio hasta tanto no ha penetrado en el. La movilidad es necesaria para adquirir información, por ejemplo en los últimos meses del primer año no es posible que el bebé ciego se movilice por si solo pues carece del suficiente interés que lo lleva a

explorar su entorno y tiene muchos temores, desconfianza, rechazos, factores estos que inciden en el desarrollo de las conductas motrices exploratorias.

No es sorprendente entonces que el niño ciego necesita de la ayuda de quienes lo rodean, debido a que no puede por sí solo darle sentido al mundo, sin embargo, para alcanzar un equilibrio entre la necesidad de dependencia y la autodeterminación es importante que a medida que el niño crece, ejercite y aumente su control sobre el medio y desarrolle su sentido de dominio, si el niño no se siente competente o capacitado para dominar las nuevas experiencias, puede resultar en una disminución en la interacción con el medio.

En este momento, el niño ciego se encuentra diferenciado del mundo que lo rodea y empezará a construir un "yo" más estructurado, que dependerá en gran medida del medio que lo rodea le proporcione.

Es así que en el medio familiar es muy común que se enfrente a una relación afectiva ambivalente, que será expresada a través de actitudes de rechazo, sobreprotección, indiferencias, hostilidad y agresividad, lo cual influye en el desarrollo de su personalidad lo cual ocasiona un desarrollo atípico

2.8.1 Factores de Riesgo.

Muchos niños ciegos muestran un marcado retraso en el desarrollo de las funciones motrices, como gateo, marcha y alimentación por sí. Además muchos se hamacan al sentarse. La combinación de pobre función, desequilibrio postural y el hamacado hacen que el niño ciego parezca mentalmente retardado o de intelecto comprometido. Estas manifestaciones de la ceguera deben ser reconocidas por el odontólogo, particularmente al evaluar a los pacientes preescolares.

Otras afecciones o deficiencias, además de la ceguera, suelen complicar cualquier tratamiento médico, la ceguera con frecuencia se combina con disfunción motora, daño cerebral, cardiopatías, retraso mental y sordera.

2.8.2 Comunicación con niños ciegos.

Debido a la necesidad de comunicarse, el vocabulario del niño ciego puede ser mayor que el del niño vidente. Esto, sin embargo, no sucede con el niño descuidado. Puede ser útil estudiar la situación familiar. Si el niño no habla, se utilizarán otros medios de comunicación, tales como el Braille, o la formación de letras con los dedos

Cualquier técnica para tratar a niños ciegos depende mucho de la palabra, es indispensable saber si existe cualquier deficiencia auditiva antes de cualquier tratamiento.

La capacidad de comunicación con una persona que tiene incapacidad del desarrollo es de suma importancia para que el dentista obtenga buenos resultados en la fase del tratamiento. La comunicación puede lograrse inclusive por medios no verbales. Por ejemplo, la persona con deficiencia grave de la visión necesita una descripción verbal de los métodos odontológicos planeados. Los ruidos, los olores y sabores propios de algunos materiales y técnicas dentales necesitan descripción precisa, para evitar el miedo y la ansiedad. La agudización del sentido del tacto que se observa en sujetos con deficiencias visuales puede utilizarse para describir los métodos de tratamiento planeados.

2.9 Antecedente dental en niños ciegos.

La evaluación de la socialización del niño ciego es útil para el abordaje de su conducta odontológica.

El odontólogo debe distinguir entre los niños que alguna vez vieron, de aquellos que nunca lo hicieron y consecuentemente no forman conceptos visuales. Se necesitan más explicaciones para los niños de esta última categoría, para ayudarlos a percibir el ambiente odontológico.

Los odontólogos deben comprender que los niños ciegos congénitamente necesitan mayores demostraciones de afecto y amor tempranamente en su vida y que son diferentes intelectualmente de los niños que no son ciegos de nacimiento. Aunque las explicaciones se hacen recurriendo al tacto y el oído, se producen refuerzos mediante el olfato y el gusto. Los sentidos de audición, palpación, olfacción y gustación son extremadamente importantes para los niños ciegos dado que los ayuda a enfrentar conductas.

Una vez que desarrolla el habla, según indican los estudios, los otros sentidos asumen gran importancia y pueden ser comparables con los sentidos de niños que ven.

Los estudios revelan también que la actividad motora afecta el desarrollo del lenguaje y la percepción. Los niños ciegos tienden a tener más accidentes que los otros niños durante los primeros años, hasta que adquieran las destrezas motoras.

Se ha informado una mayor frecuencia de dientes hipoplásicos y traumatismo de los dientes anteriores en los niños ciegos. Estos niños tienen también mayor posibilidad de sufrir gingivitis por su incapacidad por su para ver y eliminar la placa.

Otras anomalías dentarias ocurren con la misma frecuencia que en la población normal.

2.9.1 Primera consulta odontológica en niños ciegos.

Antes de iniciar el tratamiento odontológico a un niño ciego, el odontólogo debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- Determinar el grado de discapacidad visual. Por ejemplo ¿ Puede el paciente distinguir la luz de la oscuridad?
- Si el paciente es acompañado, determine si el acompañante es interprete del niño. Si no lo es, debe dirigirse al paciente.
- Evite expresiones referentes a la ceguera como una aflicción.
- Al conducir al paciente al consultorio, consulte si desea ayuda. No tome, mueva o detenga al paciente sin advertírselo verbalmente.
- Describa la posición de la sala. Describa siempre en forma adecuada al paciente los procedimientos del tratamiento antes de efectuarlos.
- Al hacer contacto físico, reasegure al paciente.
- Presente al personal restante muy informalmente.

Permita que el paciente pregunte acerca de la marcha del tratamiento y respóndale. Teniendo en cuenta que es altamente individualista, sensible y obediente.

Permita que el paciente que usa anteojos los conserve puestos para su protección y seguridad.

En lugar de usar el abordaje diga, muestre, haga, invite al paciente a tocar, gustar u oler, reconociendo que esos sentidos los tiene aguzados.

Describa en detalle los instrumentos y objetos que ha de introducir en la boca del paciente.

- Demuestra cómo funciona una taza de goma montada sobre una uña del paciente.
- Sostener una mano del paciente a menudo promueve la relajación
- Dado que los sabores extraños pueden ser rechazados, use cantidades menores de materiales con esas características.
- Explique el procedimiento para la higiene oral y luego aplique la mano del paciente sobre la suya mientras usted guía en forma lenta y deliberada el cepillo dental.
- Use cassetes de audio y folletos en Braille para explicar procedimientos odontológicos específicos, para complementar la información y disminuir el tiempo de ocupación del sillón
- Anuncie las entradas y salidas de personas al consultorio animadamente, trate de que sean mínimas y evite ruidos súbitos.
- Limite la atención odontológica del paciente a un solo profesional.
- Mantenga una atmósfera relajada

La atención odontológica a los niños ciegos se ve facilitada por sus circunstancias. Un abordaje en equipo por todos los profesionales involucrados en la atención del niño es ideal. La prevención de enfermedades y la continuidad de la atención son de suma importancia.

2.9.2 Odontología preventiva para el niño ciego.

Como con el niño normal, el discapacitado debe disponer de un programa odontológico preventivo integral. Muchos niños normales son incapaces de satisfacer sus propias necesidades de atención en el hogar y requieren de la supervisión de un padre o tutor, de modo que queda patentemente claro que la mayoría de los niños discapacitados requerirán la supervisión de los padres sustitutos.

Ettinger y Pinkham describieron tres componentes esenciales de un programa de prevención para la persona que deba supervisar la higiene bucal de un niño discapacitado. Ellas son reclutamiento, educación y seguimiento

La discapacidad física o mental primaria trae como problema la caries dental

y la enfermedad periodontal siendo los más comunes dentro de ésta población. La investigación ha sugerido relaciones causales entre enfermedades de la boca y las variables que las modifican, pero no hay un conocimiento firme de la naturaleza mixta de la enfermedad bucal en sujetos incapacitados.

No hay unanimidad en los datos de revisión de las publicaciones respecto a la coexistencia de parámetros en enfermedades bucales, y los métodos de investigación inconstantes consideran de manera causal algunas variables, en tanto se descartan otras.

Ello dificulta en grado importante hacer un resumen, porque las características demográficas de los grupos de estudio a menudo intervienen decisivamente en los resultados y consecuencias del cuadro bucal, en comparación con la incapacidad específica del diagnóstico. La prevalencia y la incidencia de enfermedades odontológicas son modificadas por factores demográficos, sin embargo, hay un dato constante, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad en la cavidad bucal aumenta significativamente en la población de sujetos discapacitados.

Prevención

La caries dental, la enfermedad periodontal y trastornos bucofaciales de otra índole constituyen problemas frecuentes en la asistencia médica y odontológica de personas con discapacidad.

Estas enfermedades suelen ser crónicas, y por ello suelen existir complicaciones problemas mentales o físicos incapacitantes, durante toda la vida. No hay otro grupo en que tenga mayor necesidad de prevención. La prevención primaria antes de que surja la enfermedad debe ser la meta odontológica más importante en niños con incapacidades del desarrollo. La mayoría de los enfermos con incapacidades no necesitan más tratamiento que las medidas preventivas intensivas y las visitas regulares al odontólogo.

Es importante emprender los programas preventivos desde fase temprana en el proceso de planificación del tratamiento. La enseñanza al paciente, sus padres y quienes cuidan a la persona, debe ocuparse de la presencia o posibilidad de enfermedades dentales en la población de pacientes especiales. En circunstancias óptimas, el enfermo debe participar en el mayor grado posible en su atención, y las únicas limitaciones serían su discapacidad mental o física. Buscar la participación del paciente lleva al máximo su imagen positiva y estimula su independencia.

Se han creado programas Institucionales de enseñanza en salud dental en respuesta a necesidades de enfermos dentro de los medios residenciales.

específicos. También se han publicado los datos de modelos satisfactorios y con base en ellos se han elaborado programas.

2.9.3 Estudio previo del manejo dental

En contraste con las publicaciones médicas y docentes, una revisión de la literatura dental presenta pocos artículos relacionados específicamente con el paciente ciego. Es necesario proporcionar al facultativo dental algunos de los datos e información existentes y aplicar las experiencias y metodología de nuestros colegas en las profesiones médicas, docentes y psicológicas a la atención dental. Sin embargo, no debemos dejarnos engañar, y concentrarse en uno de los detalles particulares del bienestar de los niños (salud bucal) y olvidar el hecho de que un niño con una deficiencia visual es una persona con todo los derechos y que la diferencia es solamente un aspecto.

La ceguera no cambia los métodos, los modifica. Al conocer estas modificaciones, fijaremos la atención en cuándo y como deberán emplearse estas modificaciones. El dentista que suministra la atención dental a los niños ciegos deberá considerar esta labor como un reto y una oportunidad para aumentar sus recursos, así como para obtener experiencias que lo satisfagan.

El manejo dental adecuado del niño ciego comienza antes de hacer contacto con el paciente. Comienza cuando se hace una cita para visitar al dentista. Existen numerosos datos que el dentista y la recepcionista dental deberán obtener de los padres, el profesional que haya mandado al paciente si es que existe y otras fuentes. Existen otros muchos datos e informes que el dentista puede obtener de los padres y de las experiencias que hayan tenido con el niño.

La enfermera escolar, el médico familiar, o la maestra especial son fuentes de información importantes adicionales que nos permitirá saber más sobre el ajuste emocional del niño, su actitud y la de su familia con respecto a su deficiencia visual y su habilidad para desenvolverse con sus semejantes. Si el dentista emplea estos datos fundamentales, podrá comprender mejor el comportamiento y la personalidad del niño a su cargo.

A continuación se mencionan algunos de los datos que deberán ser recabados

Grados de la deficiencia visual.

Los niños parcialmente videntes aprenden de la misma forma que los niños videntes con quienes comparten experiencias visuales comunes. Sin

embargo, los niños que han nacido ciegos o que se han quedado ciegos temprano en la vida deberán depender de sus otros sentidos para saber algo acerca del mundo. Por esto la metodología empleada por el dentista para educar al niño y enseñarle medidas preventivas deberá ser flexible. El niño parcialmente vidente posee ventajas considerables en términos. Podrá aprender a cepillarse los dientes y otras manipulaciones con más facilidad.

Suele hacerse independiente y autosuficiente a edad más temprana, sin embargo, se presentan ciertas dificultades.

Una experiencia visual parcial puede ser confusa y en ocasiones trastornante, el niño tiende a observar determinados objetos y solamente logrará obtener impresiones vagas. Suelen ser atemorizantes, especialmente si se considera uno el operatorio dental con la luz suspendida y mangueras de aire colgantes. El estar consciente de formas que no le es posible definir suele tornarlo más aprensivo que el niño totalmente ciego.

La angustia, la aprensión y el temor son factores evidentemente perjudiciales que deberán ser superados al proporcionar atención dental. También existen desventajas en el medio dental ya que al mostrar los instrumentos al niño parcialmente vidente éste los observara tratando de descifrar su significado, por lo que su concentración será mala al tratar de aprender por el sentido del tacto. Por esto el grado de la deficiencia visual constituye un factor variable que contribuye a aumentar los errores de juicio y la frustración que un niño pueda presentar.

Edad a la que se presentó el defecto

Dependiendo de la edad a la que se presentó esta deficiencia, el niño que ha quedado ciego posee ciertas ventajas sobre otro niño nacido ciego. Su memoria visual y los recuerdos del mundo que observó constituyen una ventaja inicial, aunque esta memoria tiende a desvanecerse en grado diverso con el paso del tiempo. Si la vista no se pierde hasta que el niño haya cumplido seis años de edad, suele existir una memoria visual funcional.

Estos niños serán capaces de comprender los colores al explicarle, por ejemplo, el color de un cepillo y el color de la solución reveladora, así como su valor en la salud dental.

Condición ocular actual

El dentista deberá saber si existe alguna enfermedad ocular activa para evitar cualquier fase de su tratamiento que pudiera deteriorar el estado físico.

o emocional del niño. Existen varios tipos de enfermedades oculares en las que el rayo de la luz dental puede causar gran molestia ocular. Otros procesos patológicos que provocan un cambio visual, ya sea para bien o para mal, pueden provocar un cambio en el individuo. Cualquier tensión adicional deberá ser evitada en estos momentos, incluyendo la introducción a la odontología

Escuela

El conocer la escuela donde asiste el niño puede dar idea con respecto a la existencia de otras deficiencias. El saber el grado escolar en que se encuentra el niño también ayudará a calcular el nivel de inteligencia y la posible comprensión de los procedimientos dentales. El nivel escolar también puede ser una base para hacer comparaciones con el nivel de inteligencia calculado por los padres idealistas. Es prudente recordar que los ciegos como un grupo, no entran a la escuela uniformemente a los seis años de edad. Por esto puede haber cierto retraso en el área de los conocimientos y habilidades. La identificación de la escuela indicará al dentista si el niño se encuentra recluido en alguna institución. La atención dental para el paciente ciego que se encuentra dentro de una institución puede diferir de la atención suministrada según la metodología sistemática del consultorio.

Actitudes de los padres

Las actitudes de los padres hacia su hijo ciego reflejarán lo que se haya observado en el niño. La personalidad, el comportamiento y las habilidades conformadas por los padres afectarán y ejercerán un efecto directo e indirecto sobre el tratamiento dental. Las actitudes de los padres hacia los niños ciegos pueden ser de todo tipo desde la sobreprotección, la culpabilidad y hostilidad hasta el descuido.

Puntos claves del desarrollo

Los estudios realizados sobre el desarrollo de los niños ciegos indican que el orden del desarrollo en términos generales no es cambiado por la ceguera, mientras que la ocurrencia de varias etapas del desarrollo varían de un individuo a otro. El desarrollo más lento que lo normal ha sido atribuido a que los niños ciegos deberán aprender y realizar cosas en forma diferente. La ceguera misma no es una causa del grave retraso

El interrogar a los padres con respecto a algunas etapas fundamentales del desarrollo del niño puede ayudar a calcular cuando éste se encuentre listo para la inspección y palpación de la boca y la presentación de procedimientos de salud bucal autoadministrados. Preguntas con respecto a

la higiene bucal, la iniciativa y la motivación del niño por un buen desempeño y su grado de confianza en sí mismo. A los cuatro años de edad, el niño deberá ser capaz de vestirse, desvestirse alimentarse, lavarse, realizar por sí solo sus necesidades fisiológicas y mantenerse limpio y seco

Al igual que todos los niños, el dentista deberá ser receptivo a las necesidades del niño ciego. Las reacciones hacia el dentista en coacciones implican agrado y desagrado según las exigencias hecha sobre el mismo. El progreso del niño por las diversas etapas del desarrollo permitirá al dentista calcular el tipo de reacción que podrá presentarse.

Ajuste social y comportamiento

El dentista quizá quiera saber lo que le gusta y no le gusta al niño, si estos *son razonables y la tenacidad con la que el niño se adhiere a los mismos*. Las reacciones del niño hacia la crítica o la ayuda podrán indicar si aceptará o rechazará la odontología y la diferencia entre la dependencia y la autosuficiencia. También es útil saber si el niño y su familia o ambos son atendidos por un psicólogo o un profesional similar.

El cuidar de los niños ciegos, al igual que todos los niños, puede ser fácil o difícil, dependiendo de la educación y las actitudes del niño. Un niño que es amado en casa posee seguridad y siente que pertenece a la familia, por lo que deberá ser un excelente paciente dental.

Por el contrario, el niño ciego que es rechazado por su familia bien puede adoptar un comportamiento agresivo, y antisocial y representa un problema para el manejo. Los niños ciegos exhiben varios tipos de mecanismos de ajuste que varían desde un comportamiento de comprensión hasta la negación, defensa, retracción y reacciones que indican falta de ajuste emocional.

Este último tipo se caracteriza porque está centrado en sí mismo, incapaz de ser sociable, inestabilidad emocional, nerviosismo y gran preocupación y angustia. Un niño que exhiba ese tipo de comportamiento puede resultar muy difícil de tratar.

Movilidad

¿ El niño se desplaza en forma adecuada? El dentista necesita saber que el niño utiliza un bastón, si es conducido de la mano, si es cargado o si existe algún otro problema físico que requiere la utilización de una silla de ruedas. Pocos niños se desplazan ayudados por perros

Dificultades para la alimentación.

Algunos estudios indican que los niños ciegos se niegan a aceptar fácilmente alimentos sólidos. Esto puede deberse al temor, a las experiencias nuevas y a la tendencia de dejar atrás la niñez. Si estos estudios son correctos podemos prever que el dentista encontrará más casos de deglución incorrecta o de _ síndrome de botella de leche entre la población de ciegos jóvenes que aún persisten en emplear la botella de leche infantil.

Mentalidad.

La valoración de la capacidad mental de los niños ciegos suele ser un asunto complicado, especialmente en los muy jóvenes. Aunque existen pruebas estandarizadas para determinar la inteligencia estas requieren revisiones periódicas. El desarrollo lento de un niño ciego puede ser reflejo de la poca oportunidad para explorar si ha sido excesivamente protegido o presenta una deficiencia concomitante en el oído o en la capacidad motora y no ser realmente un reflejo de su inteligencia.

Nombre o apodo del niño.

La mayor parte de los niños, si no presentan deficiencias muy graves, reconocen sus nombres. Es reconfortable para ellos escuchar su nombre, especialmente dentro de un ambiente nuevo. El nombre del niño deberá ser empleado con frecuencia, Aún los niños sordos y ciegos poseen señas especiales para indicar su nombre

Programas

Ningún programa aislado satisface del todo los objetivos en todas las instituciones. La realización puede abarcar la intervención de personal distinto en cada programa, pero la motivación es el parámetro fundamental en el buen éxito o el fracaso de la enseñanza en salud dental. Las proporciones entre el número de individuos que integran el personal asistencial y el número de pacientes, así como la presencia de una persona para coordinar e insistir en la atención dental diaria, son los elementos que permiten predecir los buenos resultados en los programas preventivos .

La preparación del personal debe ser diligente, y para ello utilizar manuales

de enseñanza y demostraciones directas. Los padres y tutores (guardianes) deben trabajar concertadamente con el personal de tipo residencial en la comunidad e insistir en un sistema de responsabilidades que asegure el énfasis en la prevención y la conservación de la salud bucal, diariamente

Un programa de salud dental preventivo eficaz exige que junto con la enseñanza de las técnicas para el aseo en casa, se establezca un programa educativo. Esta es la porción del programa en que el niño aprenderá de qué están hechos los dientes y la forma en que se forman las caries, los beneficios que reportan los procedimientos de higiene bucal adecuados y la necesidad de la nutrición adecuada. Esta es la educación básica preventiva que deberá manejar el dentista al tratar al paciente ciego. Con este fin, se incluye a continuación una lista de medios preventivos.

- **Modelos grandes de dientes** Dientes sencillos de gran tamaño para demostrar por medio del tacto, que el diente posee varias superficies tales como _ corona_ _ raíz_ y surcos. Tales modelos se fabrican en plástico, ivorine, yeso, etc.
- **Tipodontos de las denticiones primaria y permanente.** Con estos se dará una explicación de los dientes en la arcada, dientes faltantes y consecuencias de su falta. Las superficies dentarias y forma de las arcadas. Los tipodontos con encías que pueden retirarse, tales como los producidos por la compañía Unitek, son auxiliares valiosos para explicar la erupción de los _ dientes en el hueso _ dejando que el niño toque ambos conjuntos de dientes del mismo tipodonto.
- **Tableros magnéticos para demostrar el crecimiento y desarrollo.** Estos demuestran el crecimiento de los dientes y la erupción de los mismos, empleando para ello dientes magnetizados. Los dientes pueden ser colocados para indicar los procesos eruptivos y los problemas ortodónticos, el niño podrá tocar todas las partes.
- **Modelos de diente con y sin preparaciones para cavidades.** Para explicar al niño lo que se le hace a su diente. Los modelos grandes con cavidades preparadas deben ser palpados por el paciente, lo que le permite comprender el _ agujero_ en su diente.
- **Modelos de otros objetos.** Modelos de arcilla o yeso de cadenas bacterianas que son fácilmente comprendidas al explicar los agentes causales de las caries.

- **Trozos de azúcar.** Dejan que el paciente _ sienta_ la cantidad de carbohidratos que hay en ciertos alimentos y bebidas
- **Proyectores para diapositivas.** Presentan imágenes claras bien iluminadas y agrandadas muy útiles para niños con visión deficiente
- **Lupas.** Deberán tenerse en el consultorio para los niños con vista parcial. Podrán adquirirse del optometrista.
- **Material impreso o escrito.** Es preferible la literatura dental impresa, especialmente con tipo grande. Cuando sea necesario escribir, se prefiere una pluma con punta de fieltro. Se logra buen contraste escribiendo con tinta negra sobre un fondo blanco.
- **Dibujos en braille.** Estos son útiles, aunque en ocasiones al niño se le dificulta interpretarlos aún con una buena explicación.
- **Libros en braille y libros con tipo grande.** Muchas organizaciones pueden traducir libros impresos, folletos u otra literatura al braille. Deberá consultarse a cualquier escuela para ciegos para obtener una relación de libros existentes
- **Cintas magnetofónicas en cartucho.** Muchas de las cintas magnetofónicas grabadas se pueden adquirir a través de la American Dental Association u otras organizaciones privadas, y tratan del cuidado dental, la nutrición etc pueden ser útiles. Deberá disponerse del tiempo necesario para escuchar estas cintas
- **Aparatos para hacer letras en relieve.** Para imprimir los nombres de los objetos con letras realzadas. Estas se pegan sobre los objetos para permitir su identificación y también permiten leer con los dedos

2.10 Autocuidado dental en niños ciegos.

No existen medidas preventivas de la salud dental para el niño ciego. La mayor parte de la literatura odontológica que se ha ocupado del tratamiento del paciente ciego carece de información sobre la salud preventiva En ocasiones, se hace mención pasajera de que deberá instituirse _Instrucción Preventiva en el Hogar_ Los dentistas conocen los beneficios en materia de salud bucal que puede derivarse de un programa preventivo

adecuado Pero tienen poca apreciación de las ramificaciones psicológicas y sociales que acompañan a tal programa al ser enseñado a un niño ciego.

Si un niño ciego no está dotado, mediante la instrucción precisa, de la capacidad y las destrezas que conducen a una vida eficiente y sana, podrá convertirse en un objeto de lástima. Por lo tanto, parece más importante ayudar al niño ciego a ayudarse a sí mismo que al niño vidente. De esta forma, el niño aprenderá a respetarse a sí mismo y a enorgullecerse de sus logros, que pueden ayudarlo a superar los sentimientos de inferioridad. Tal capacitación exige paciencia infinita y tiempo, gradualmente por tanteos, estímulos y refuerzos, el niño encontrará satisfacción en aquello que es capaz de realizar por sí mismo. No solamente se hará independiente, sino que se sentirá independiente. Adquirir habilidad para la **técnica de cepillado** y otros **procedimientos de higiene bucal**, significa que el niño no necesita esperar a que el adulto tenga tiempo o el deseo de hacerlo. Existen, desde luego, ocasiones en que se acepta una regresión a la etapa de ayuda por parte de los padres, como sucedería con un niño enfermo o un niño pequeño que carezca de la coordinación física para hacer una buena labor o cuando se requiera ayuda de los padres, tal como en un niño ciego con deficiencias múltiples.

Debido a que los niños ciegos no pueden aprender por imitación visual de la demostración del dentista, no podrán corregir una técnica de cepillado incorrecta, deberán observarse e imitar siguiendo cuidadosamente las instrucciones y actuando por el sentido del tacto.

Para poder controlar bien la placa, es importante que el niño y la persona responsable de la salud bucal trabajen en un medio relajado y agradable, tal como la sala del hogar, mientras escucha música, o en el dormitorio antes de que el niño se duerma o al aire libre en una tarde tibia y soleada. La hora del día escogida deberá coincidir, cuando sea posible, y coordinarse con los momentos en que el niño presenta un comportamiento más receptivo. La madre o la auxiliar puede ayudar al niño a relajarse manteniendo algún tipo de contacto físico (por ejemplo, acariciándole la cara) y hablando con una voz baja y calmada.

La enseñanza del cepillado y la utilización del hilo dental no es muy diferente de la que se ofrece a los niños videntes.

Cepillado de los dientes

Con el niño ciego es necesario señalar primero las superficies de los dientes que serán limpiados, tocándolos primero en un tipodonto y usando posteriormente los dedos como localizadores dentro de la boca.

Una vez que se hayan tocado todos los dientes, se dará una explicación sobre la posición del cepillo y el movimiento que deberá ser realizado, primero con el tipodonto y después dentro de la boca.

La mano del niño se coloca encima de quien lo apoyará en casa para cepillar los dientes.

La elección de cepillo y la técnica varían según la deficiencia del niño, su tamaño y el grado de cooperación. Se recomienda un cepillo blando multicerda de nylon, utilizado con movimientos circulares de arriba abajo. Con el niño o el joven que se niega a emplear el cepillo, se aconseja limpiarle los dientes con un lienzo o un hisopo de algodón impregnado con abrasivo o glicerina y sabor de limón. El cepillo dental y los auxiliares adicionales pueden ser introducidos una vez que el niño haya aprendido a aceptar los procedimientos de higiene bucal.

Al niño se le pide que se toque los dientes con la lengua antes y después de la limpieza. Aunque esta prueba es muy primitiva para valorar la limpieza adecuada, ayuda al niño a percatarse de la buena higiene bucal, la sensación de frescura y de limpieza.

Los padres o auxiliares del niño ciego deben saber que todo cepillado consiste en cuatro movimientos básicos o combinaciones de los mismos. Movimiento recíproco horizontal.- de ida y vuelta, Barrido vertical, rotatorio, vibratorio. En cualquiera de estos movimientos la eficiencia del cepillado se debe a la acción de las cerda. Obviamente que éstos se combinan durante el cepillado. Debido a la presión que se ejerce con el cepillo durante el cepillado, algunos o todos estos movimientos pueden ocurrir con cerdas diferentes, en racimos y en varias superficies de dientes y encías.

Los diversos métodos de cepillado, así como las presiones sobre el cepillo, pueden darle mayor importancia a una acción que a otra. Además, algunas de las acciones de cada cerda pueden ser dañinas o favorables al proceso de limpieza, lo que depende de las condiciones del cepillado.

En resumen, los principales objetivos del cepillado son:

- Remover la placa bacteriana y efectuar la limpieza de los dientes estimulando la encía. Cualquier método que se use es efectivo, siempre y cuando no dañe a los tejidos suaves o duros y sea fácil de aprender y enseñar.

Al iniciar las rutinas efectivas para el cepillado es necesario:

- 1.- La selección de cepillos adecuados para el paciente.
- 2.- Asegurarse de que el individuo entienda los propósitos del cepillado y la necesidad de una buena fisioterapia oral.
- 3.- Enseñar una técnica o combinación de métodos necesarios para necesidades especiales y
- 4.- Comprobar la habilidad del paciente para obtener un completo y efectivo cepillo como parte del programa de higiene oral.

Diseño de cepillos dentales

El cepillo dental se compone básicamente de mango, cabeza y cerdas.
El tamaño del cepillo para los niños ciegos, es igual que al de cualquier niño, cabeza de acuerdo a tres piezas dentales.

Manejo de hilo dental

En niños con esta discapacidad, el uso del hilo dental no es muy recomendable, debido a que la dificultad para poder tener una habilidad fina es muy difícil, pero con la dedicación de alguno de los familiares y del odontólogo el empleo del hilo dental será más fácil de introducirlo como un método auxiliar diario del cepillado

Aplicación de fluoruro

Para la protección adicional del niño se recomienda la aplicación diaria del fluoruro. El fármaco puede prescribirse en forma de tableta masticable con sabor o como un enjuague. Si el niño es incapaz de masticar una tableta, podrá aplicarse una solución de fluoruro con un cepillo dentario o hisopo de algodón. La dosis diaria recomendada es una tableta o una cucharadita de { 5 ml} de enjuague por día. Ambas presentaciones contienen 1.0 mg. de fluoruro de 2.2 mg de fluoruro de sodio.

Hay regiones donde el agua contiene flúor, y muchos niños de estas zonas presentan fluorosis, por consiguiente el fluorar el agua es un riesgo latente

Asistencia Social.

En la vida del hombre se presentan determinados eventos o contingencias que condicionan su desarrollo, dichos eventos se derivan de la consideración de que el hombre en si presenta tres dimensiones. La dimensión biológica ,

la psicológica y la sociedad.

La biológica comprende el nacimiento, enfermedades, invalidez, maternidad, vejez y muerte.

La psicológica se refiere a la conducta, a las emociones, a las actitudes, a los roles conductuales que asume el individuo.

La social que comprende también desde el nacimiento, niñez, orfandad, adolescencia, adultez, nupcias, educación de los hijos, empleo, desocupación, vejez y muerte.

En fin, todos los roles familiares y sociales, ideológicos y culturales que confronta como ser inmerso dentro de una cultura e idiosincrasia.

Estas tres dimensiones están interrelacionadas y caracterizan al género humano como un ser bio-psico-social desde su nacimiento hasta su muerte. Todos los países y grupos de personas en el mundo, tienen servicios asistenciales y el éxito de los mismos dependen del ambiente donde se desarrollan y se llevan a cabo para que no caigan en el abandono o sobre protección de los beneficiarios.

Así pues la Asistencia Social profesional y técnicamente aplicada, es un gran apoyo para la superación y logro de metas de las personas.

Necesidades inmediatas.

Como podemos observar, derivadas de esas tres dimensiones, el género humano confronta una serie de necesidades inmediatas que son La salud, la alimentación, la educación, la recreación por mencionar las más significativas en las cuales la asistencia social tiene un campo de acción sumamente amplio y diversificado.

Ayudas económicas.- son ayudas mensuales en efectivo que se otorgan a invidentes indigentes y estudiantes que su situación económica es precaria, las cuales se otorgan en forma temporal

Ayudas ópticas.- Corresponde a la canalización a ópticas para la obtención de anteojos a bajo precio o en forma gratuita a débiles visuales de escasos recursos.

Ayuda de medicamentos.- corresponde a la compra de medicamentos a invidentes de escasos recursos económicos.

Transportación foránea.- se refiere a la canalización de invidentes a líneas de autobuses con el objeto de que se les proporcione un boleto gratuito para viajar al interior de la república

Dormitorio.- Se autoriza al invidente varón indigente o que no cuenta con apoyo familiar en el D F. el cual puede ser temporal o períodos mayores.

Canalización a hospitales y Centros de Salud.- El cual se otorga a toda la población invidente que lo solicite, ya sea para atención médica en general o para servicios oftalmológicos.

Servicio de Alimentación.- Que se otorga a invidentes de escasos recursos económicos y en ocasiones a sus familiares.

Todos estos servicios antes mencionados fueron otorgados en 1975 en la actualidad se cuenta con los mismos, solo que no se han actualizado estadísticamente.

La población invidente

En 1975 se notificaba al Registro Nacional de Inválidos que de 5054 casos 373 de ellos fueron por problema de ceguera total, parcial y debilidad visual. En la atención a inválidos se contaba en esa fecha con cuatro tipos de instituciones, dos de seguridad social. El Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ocupación

La ocupación de los ciegos se distribuye de la siguiente forma. Un 15 por ciento se dedican al comercio ambulante, un 30 por ciento son estudiantes, un 15 por ciento se dedican al hogar y un 40 por ciento son desempleados y por temporadas se ocupan en actividades como: músicos, cantantes, cargadores, etc. siendo un porcentaje mínimo 1 o 2 por ciento los que realizan una actividad productiva como obreros en maquilas, masajistas o artesanos {

El sexo de la población invidente.

Se estima tener las siguientes proporciones 60 por ciento para los hombres y 40 por ciento para las mujeres, aunque cabe señalar que la mujer por su condición, obtiene mayor apoyo familiar, de tal forma que no tiene necesidad de acudir a los servicios, por ello ocurre un número menor de mujeres ciegas, lo que hace muy difícil la tarea censal.

2.11.1 Ayudas Físicas.

Los perros guía entrenados especialmente son de gran ayuda para los invidentes. Pero sólo un 5 por ciento consigue servirse del perro con éxito, por lo que los pacientes a los que se les asigna son seleccionados cuidadosamente y deben complementar un período de entrenamiento riguroso con el animal.

Durante la II Guerra Mundial, el US Army Signal Corps desarrolló un dispositivo electrónico que permitía a los invidentes percibir obstáculos en su camino. Desde entonces se han desarrollado equipos electrónicos mucho más sofisticados. Pero en la práctica, la mayoría de los ciegos consiguen hoy en día movilidad e independencia sólo con el uso del bastón.

2.12 Justificación y Planteamiento del Problema

En México la mayor parte de las instituciones dedicadas a la atención de discapacitados - ciegos- no realizan servicios odontológicos, por tanto el estado de salud bucal es el resultado de una serie de factores sociales incluyendo el estilo de vida individual, así como los culturales y económicos, dentro del estilo de vida están los hábitos y costumbres tales como el aseo bucal y el tipo de alimentación, estos son factores determinantes que contribuyen a que se desarrolle, o prevenga la caries y la enfermedad periodontal.

La atención para los pacientes con ceguera o debilidad visual se ve disminuida en cuanto al factor bucodental, ya que muchas veces se les atiende pero nada más en cuanto a su problema visual.

viven en un mundo sin consideración hacia su estado de salud, aún nos faltan valores que nos permitan adentrarnos en su mundo y así poder entender sus necesidades de salud.

Las Instituciones que se dedican a la atención de los discapacitados invidentes no le dan la importancia al problema de salud bucal, o le dan más importancia al problema de su ceguera.

2.13 Hipótesis.

La ausencia de educación hacia la salud buco-dental en los invidentes, provoca desatención en el autocuidado dental, lo que da como resultado un elevado índice de CPO.

2.14 Objetivo General

Evaluar la calidad de aseo bucal, que presentan los niños de 7 a 14 años, que son derecho - habientes al Instituto Nacional de niños Ciegos y Débiles Visuales.

Detectar el índice (CPO) de esta población.

Demostrar a los niños y a los padres de familia , la importancia que tiene la cavidad bucal

Dar a conocer la técnica de cepillado a los niños y sus padres con la finalidad de que lleguen a dominarla

2.15. Objetivo Especifico

Realizar el diagnóstico del aseo bucal a la población focal.

Motivar a los niños y padres de familia mediante pláticas comprensibles, indicando las ventajas de la prevención bucodental.

El niño conocerá su cavidad bucal mediante la utilización del sentido del tacto.

2.16 METODOLOGÍA

*Se utilizó un cuestionario de 12 preguntas para los padres de familia y de 10 para los niños

*El índice con el que se elaboró el examen dental fue el C. P. O. D. donde,

0= Sano

1= Caries

2 = Obturado

Se decidió hacer un cuestionario con incisos u opciones para que fuera más fácil recabar los datos, todo esto de acuerdo a un rango establecido con respecto a un locus de control o la escala de Licker .

- Se dio la plática de técnica de cepillado a los niños de forma grupal (de 2 en dos), junto con los padres de familia en la que se explicaban los distintos a tipos de cepillos, su tamaño y el que más le convenía al paciente,
- La junta con los padres de familia que se dio al término de la técnica de cepillado se basó en la importancia de la salud bucodental en los niños y sobretodo el tiempo que se debe de emplear en su enseñanza para que el niño la adopte dentro de sus hábitos, pero con la esperanza de que los padres también tengan la iniciativa de adoptarla

C R O N O G R A M A

Este estudio se llevó a cabo en el INSTITUTO NACIONAL PARA NIÑOS CIEGOS Y DEBILES VISUALES, el cual pertenece al D I F, con una población de 115 alumnos.

*A partir del 10 de octubre se realizan las cartas de autorización, para el instituto para la rehabilitación de niños ciegos y débiles visuales y para Colgate Palmolive, S.A. de C.V, donde se pidió proporcionar pastas y cepillos dentales para llevar a cabo la plática de la técnica de cepillado

*El jueves 11 de octubre , se llevo a cabo la carta para que nos permitieran realizar la investigación,

*El viernes 12, se llevó la carta a Colgate – Palmolive.

- 39 cuestionario para padres
- 39 c.o.p d.
- gasas
- abatelenguas
- guantes
- tipodonto
- cepillo de dientes
- pastas dentales
- computadora HP WINDOWS 97
- Impresora HP color y blanco y negro
- Excel 97
- SPSS 8.0
- pluma
- lápiz
- sacapuntas

FISICOS

*Instalaciones del INSTITUTO NACIONAL PARA NIÑOS CIEGOS Y DÉBILES VISUALES.

*Biblioteca

*Café internet

RESULTADOS

El Instituto Nacional para Ciegos, cuenta con una población de 115 alumnos. Es dependiente del DIF (Desarrollo Integral para la Familia), Además de contar con el apoyo de la Asociación de Padres de Familia que está conformada por padres de alumnos de la Institución.

La población focal o muestra de la investigación correspondió a un 34% de la población total, es decir 39 alumnos.

Población muestra	34%
Población restante	66%

Las edades de los padres fluctúan en un 33% de 26 a 33 años, en un 41% de 34 a 41 años y en un 26% de 42 a 49 años. Mientras que las edades de los niños fue de 3 a 6 años en un 6%, en un 22% de 7 a 10 años y en un 72% de 11 a 14 años.

PADRES

26 a 36 años	33%
34 - 41 años	41%
42 - 49 años	26%

NIÑOS

3 a 6 años	6%
7 - 10 años	22%
11- 14 años	72%

El sexo de los niños arrojó los siguientes datos. en un 54% niños y en 46% niñas. En los padres solamente hubo un padre y las demás fueron las madres de familia

Niñas	46%
Niños	54%

La ocupación de los padres de familia, fueron: en un 79% se dedican a labores del hogar, cabe recordar que la mayoría de la población son madres, empleados en un 8%, comerciante de un 8% y en un 5% son músicos urbanos, es decir ganan dinero en la calle tocando algún instrumento.

Labores del Hogar	79%
Empleado	8%
Comerciante	8%
Músico Urbano	5%

La frecuencia de cepillado en los padres, fue: en un 23% 1 vez al día; en un 46%, 2 veces al día; en un 28%, tres veces al día y en un 3% no me cepillo.

En los niños, la frecuencia del cepillado fue: en un 41% 1 vez al día; dos veces en un 41%; tres veces al día en un 13% y en un 5% no se cepillaban.

FRECUENCIA	NIÑOS	PADRES
Una vez al día	41%	23%
Dos veces al día	41%	46%
Tres veces al día	13%	28%
No me cepillo	5%	3%

Al preguntarles a los padres si sabían cuando iniciar el cepillado de su hijo ellos respondieron:

Sí	64%
No	36%

A los padres se les cuestionó acerca de quien les había enseñado a cepillarse los dientes y ellos respondieron:

Mamá	56%
Escuela	41%
Dentista	3%

La última visita al dentista de los padres fue: en un 10% hace un mes, por causa diversa, pero la principal causa por dolor; en un 18% hace 6 meses, en un 28% de hace un año; en un 36% hace más de 2 años, y en un 8% nunca ha ido

Los niños, en un 3% hace un mes, en un 41% hace 6 meses; en un 26% más de 1 año, en un 10% más de 3 años, y en un 20% nunca han ido.

Última visita	Niños	Padres
1 mes	3%	10%
6 meses	41%	28%
Hace mas de 1 año		28%
Hace más de 2 años		36%
Más de 3 años	10%	
Nunca he ido	20%	8%

Las golosinas que ingieren los niños generalmente son:

Saladas	15%
Dulces	10%
Ambas	51%
No como	24%

Los niños respondieron que tenían cepillo de dientes en un 95% y en un 5% no lo tenían.

A pesar de esto en un 95% se cepillaban y en un 5% no lo usaban.

Por decisión propia en un 100%, los niños contestaron que les encantaría aprender a cepillarse los dientes correctamente.

Los niños cuentan con el servicio de comedor y una nutrióloga, por lo que su dieta es regular de acuerdo a lo que nos comentó y preguntamos a los alumnos y padres de familia.

En el CPOD, el índice, fue bajo (3.04%), por lo que en un 67% fue de dientes sanos, en un 31% dientes cariados, en un 2% dientes obturados y en un 0% dientes perdidos.

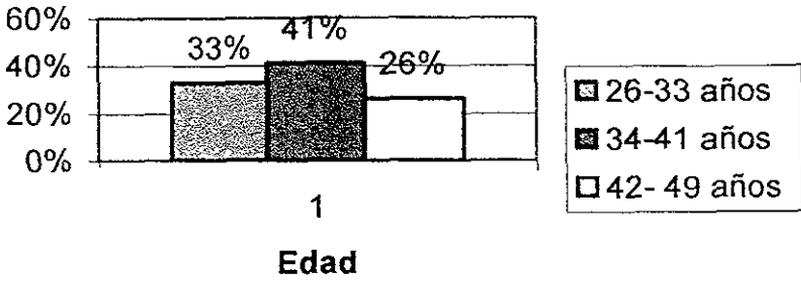
Todo esto, dio como resultado el que los niños tienen una higiene bucodental regular, ya que la mayoría tiene controlada la dieta, aunque en el aseo bucal hace falta más dedicación de parte de los padres y maestros

Cariado	31%
Obturado	2%
Sano	67%
Perdido	0%

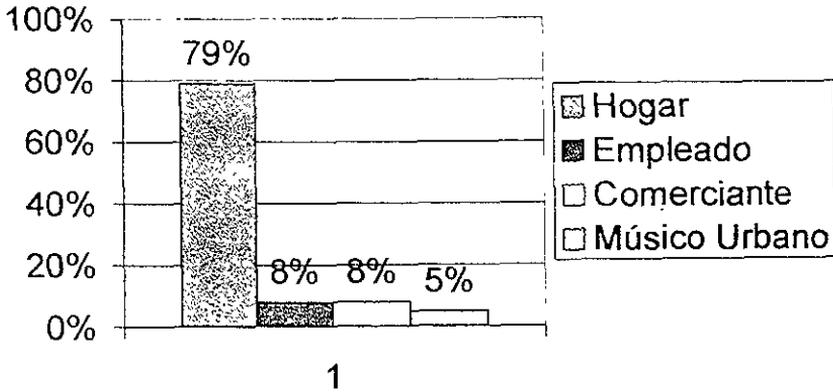
Población del Instituto Nacional de Niños ciegos y Débiles Visuales



Edades de los padres



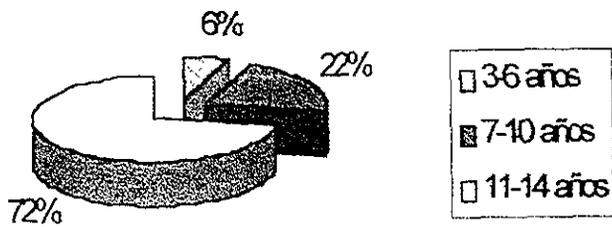
Ocupación de los padres



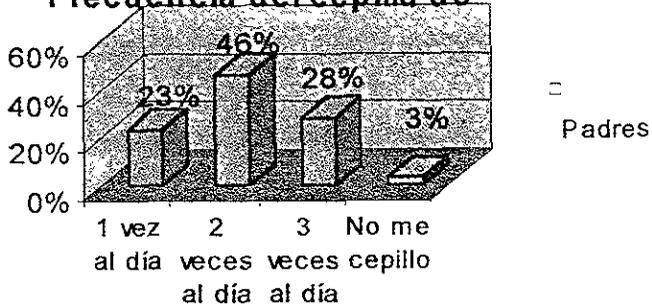
Sexo



Edades de las niñas



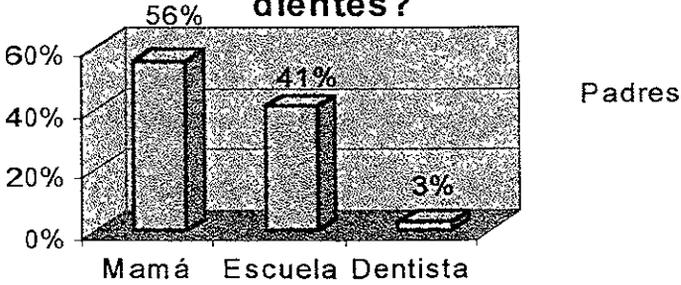
Frecuencia del cepillado



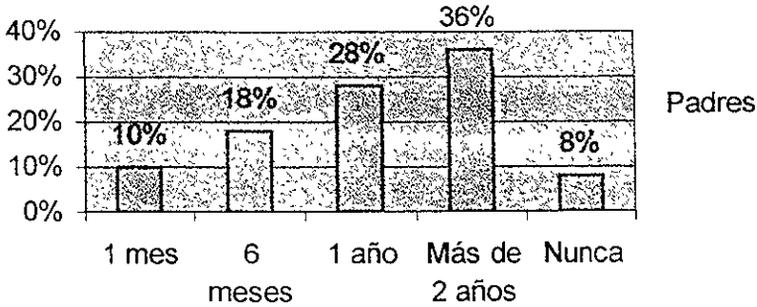
¿sabe desde cuándo debe iniciar el cepillado con su hijo?



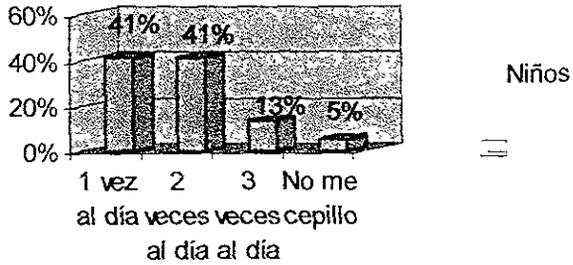
¿Quién le enseñó a cepillarse los dientes?



Mi última visita al dentista fue:



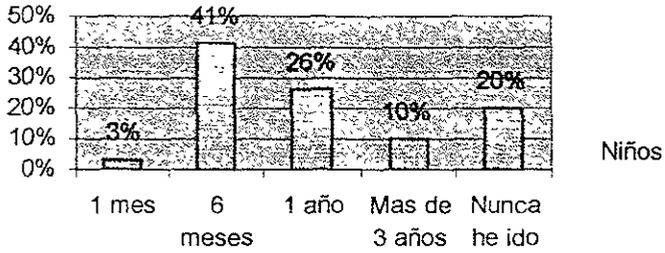
Frecuencia del cepillado



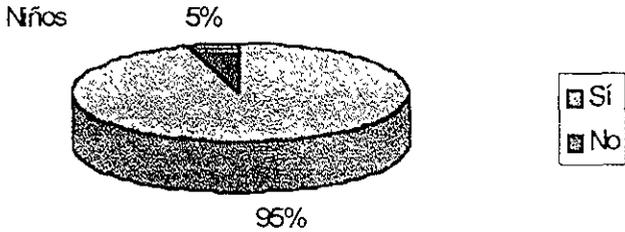
¿Sabe cómo puede ayudar a prevenir la caries en su hijo?



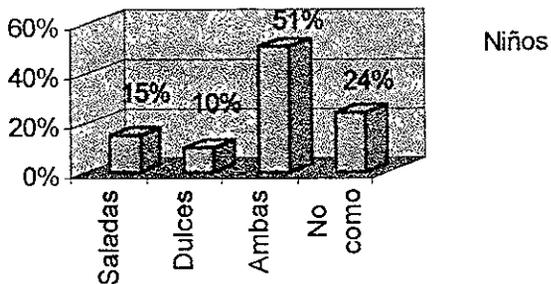
Mi última visita al dentista fue:



¿Sabes cómo cepillarte los dientes?

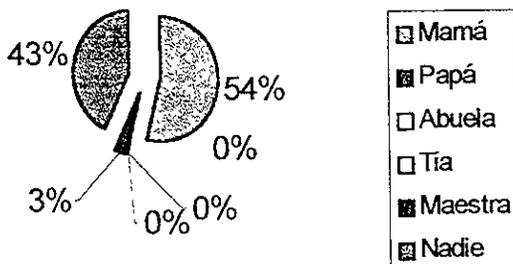


Como golosinas

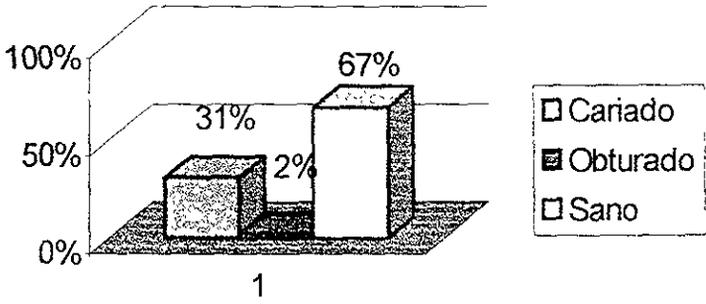


¿Cuándo te cepillas los dientes te ve?

Niños



C.O.P.D.



CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo el detectar la calidad del aseo bucodental en una población de niños ciegos derechohabientes a una institución, tomando en cuenta que ellos deberían de tener la oportunidad de recibir todas las atenciones de salud necesarias para su desarrollo.

A diferencia de esto, la población estudiada no cuenta con un servicio dental permanente en la institución lo cual se refleja en su estado bucodental, aunque algunos niños sí cuentan con el respaldo de su profesor, ya que les recuerda el cepillarse los dientes después del recreo.

Se debe precisar que el apoyo de los padres de familia fue casi nulo debido a que no le prestan mayor importancia a un programa de salud bucodental

A pesar de esto, se contó con el apoyo mínimo por parte de las autoridades, por lo cual la mayoría de éstas gentes presentó apatía y prepotencia para que se pudiese realizar una investigación 100% favorable.

Lo único lamentable es de que los niños estuvieran dispuestos a ser atendidos, lo cual se vio obstaculizado por la conducta de las personas ya mencionadas.

Aún así, el presente trabajo espera traer como consecuencia el que se enfoque un poco más, la asistencia a los niños ciegos y débiles visuales,

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mc Donald, Ralph E. et al, ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA, 5ta. Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1990.
- 2.- ENCICLOPEDIA MICROSOFT, EN CARTA 2001, 1993-200, MICROSOFT CORPORATION.
- 3.- Clínicas Odontológicas De Norte América, ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO DISCAPACITADO, Editorial Interamericana, julio 1974.
- 4.- Zimbrón Levy Antonio, Feingold Steiner Mirella, ODONTOLOGÍA PREVENTIVA. CONCEPTOS BÁSICOS, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Cuernavaca, Morelos, 1993.
- 5.- Clínicas Odontológicas de Norte América, CONSIDERACIONES PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DE PACIENTES ESPECIALES, Editorial Interamericana, Volumen 3 1994.
- 6.- Koch, et al., ODONTOPEDIATRÍA Enfoque clínico
- 7.- Waodll, Irene ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, Nueva Editorial Interamericana, México, D.F., 1983.
- 8.- Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia PRIMER SEMINARIO TÉCNICO, CIENTÍFICO Y PROFESIONAL DE SERVICIOS PARA INVIDENTES. Memoria, Septiembre 1985.
- 9.- De Figueiredo Walte, Antonio Ferelle, ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Editorial Actualidades Médico Odontológicas Brasil, 2000.
- 10.- Rippa, Louis, MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLÓGICA DEL NIÑO, Editorial Mundi, México, D.F. 18984.

CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA

Nombre:

Ocupación _____ Sexo ___ F ___ M ___ Edad _____

- Su última visita al dentista fue:

A) 1 mes B) 6 meses C) 1 año D) Más de 3 años.

- Frecuencia del cepillado.

A) 1 vez B) 2 veces C) 3 vces D) Ninguna

- Ha llevado a su hijo al dentista.

SI NO

- Sabe desde cuando debe iniciar el cuidado de los dientes de

sus hijos. SI NO

- Sabe usted como puede ayudar a sus hijos a prevenir la caries.

SI NO

- Usted evita que sus hijos coman golosinas.

SI NO

- Cree usted que sus hijos comen alimentos sanos.

SI NO

- Cuantos integran su familia.

CUESTIONARIO PARA NIÑOS

Nombre:

Edad _____ Sexo _F_ M Grado _____

- 1.- Tienes cepillo de dientes.
SI NO
- 2.- Te sabes cepillar los dientes.
SI NO
- 3.- Sabes que importante es cepillase los dientes.
SI NO
- 4.- Te gustaria aprender a cepillarte los dientes.
SI NO
- 5.- Sabes que puedes perder tus dientes por causa de la caries.
SI NO
- 6.- Cuando te cepillas los dientes alguien esta contigo.
A) Mamá B) Papá C) Abuela D) Tia E) Nadie
- 7.- Si no te cepillas los dientes es por:
A) Flojera B) Asco C) Nadie te ha ensenado.
- 8.- Cuantas veces te cepillas los dientes.
A) 1 vez B) 2 veces C) 3 veces D) Ninguna
- 9.- Última visita al dentista.
A) 1 mes B) 6 meses C) 1 año D) Más de 3 años.
- 10.- Acostumbras comer golosinas.
A) Saladas B) Dulces C) Ambas D) Ninguna
- 11.- Mamá dice que te cepilles los dientes.
SI NO
- 12.- Mamá te ha dicho que si no te cepillas los dientes tendras caries. SI NO

