



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DEL CUIDADO
BUCODENTAL EN NIÑOS DÉBILES VISUALES CON
PÉRDIDA PROGRESIVA DE LA VISIÓN**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

NORMA ANGÉLICA GÓMEZ MONDRAGÓN

**DIRECTOR: C.D. FCO. JAVIER LAMADRID CONTRERAS
ASESORA: DRA. ALICIA LOZANO PRATT**



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 DIOS

Por darme la vida, ser mi guía y llevarme siempre de su mano, por darme la oportunidad de hacer realidad mis sueños, por ser mi mejor amigo

A mis padres Ruben y Lety

Por exigirme cada día a ser mejor, gracias a ellos hoy alcanzó uno de mis más grandes sueños, espero se sientan orgullosos de mí. Los amo y gracias por ser mis padres y estar junto a mí.

A mis hermanos Aide y Alberto

Los quiero cadiños, en especial a mi Chiquel, gracias por ser mi paciente y por estar en todo momento a mi lado, ahora solo faltas tú y estoy segura que lo lograrás

A mi Abuelo

Por que la última vez que hablé con el, platicamos de mi examen profesional y se sintió muy orgulloso de mí, Abuelo te quiero y va por tí

A mi tía Martha

Sabes que eres como mi segunda mamá, siempre he tenido todo el apoyo y cariño de ti, recuerda que te quiero mucho

A mi familia Gómez Mondragón

Los quiero y espero que todos y cada uno de ustedes se sientan orgullosos de mí

A Gustavo

Porque aunque es poco el tiempo que hemos estado juntos he recibido todo el apoyo, comprensión y cariño, gracias por creer en mí y por quererme tanto, y no te preocupes que cumplo lo que prometo

A la UNAM

Porque me siento orgullosa de pertenecer a ella

A todos mis Maestros

Por que a lo largo de mi carrera me dieron cada uno de ellos enseñanzas; no solo académicas sino de vida

A mis Pacientes

Por confiar en mí y gracias a ellos soy cada día mejor en lo que hago

A cada una de esas personas que he conocido a lo largo de mi carrera, que en algún momento los necesite y estuvieron ahí incondicionalmente, son y serán parte importante de mi vida, yo les llamo **ANGELES** y para mi eso son... me refiero a mis amigos.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

1.1 Definiciones	1
1.1.1 Baja visión	1
1.1.2 Ceguera	2
1.1.3 Discapacidad	2
1.1.4 Discapacidad visual	2
1.2 Clasificación de la OMS	3
1.3 Etiología	4
1.4 Retinopatía del prematuro	5
1.5 Opacidades del cristalino (Catarata)	6
1.6 Glaucoma	7
1.7 Inicio de la incapacidad	8
1.8 Psicología del paciente con discapacidad visual	9
1.9 Antecedente dental en niños ciegos	9

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 12

3. JUSTIFICACIÓN 13

4. OBJETIVO GENERAL 13

5. OBJETIVO ESPECÍFICO 14

6. METODOLOGÍA 14

6.1 Material y método	14
6.2 Tipo de estudio	15
6.3 Población de estudio	15
6.4 Muestra	16
6.5 Criterios	16
6.5.1 Criterios de inclusión	16
6.5.2 Criterios de exclusión	16
6.6 Variables de estudio	16
6.6.1 Variables independientes	17
6.6.2 Variables dependientes	17
6.7 Técnicas de recolección y análisis de datos	17

7. RESULTADOS 17



8. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL DIRIGIDO A NIÑOS DÉBILES VISUALES	41
8.1 Justificación	41
8.2 Objetivo general del programa	41
8.3 Objetivos específicos del programa	41
8.4 Contenido temático	42
8.5 Metas	42
8.6 Estrategias	43
8.7 Límites del programa	43
8.7.1 De espacio	43
8.7.2 De tiempo	43
8.7.3 Universo de acción	43
8.8 Especificación de actividades	43
8.9 Recursos	46
8.9.1 Recurso material	46
8.9.2 Recursos humanos	46
8.9.3 Recursos físicos	46
8.9.4 Recursos financieros	46
8.10 Evaluación	47
9. CONCLUSIONES	48
10. BIBLIOGRAFÍA	49
11. ANEXOS	50



INTRODUCCIÓN

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

La ceguera abunda en los niños, las causas principales incluyen enfermedades infecciosas envenenamiento y traumatismo. La Retinopatía del Prematuro (ROP), 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 una 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.



Las causas más preponderantes de pérdida visual han sido: catarata congénita, atrofia óptica y albinismo. Algunos expertos creen que está disminuyendo el impacto de las cataratas congénitas, en tanto apenas comienza a percibirse el de la retinopatía del prematuro.

El médico que examina niños con trastornos de la visión debe efectuar una valoración sistémica, lo mismo que cualquier prueba especializada necesaria para llegar a un diagnóstico. La exploración debe incluir determinaciones de la agudeza visual tanto a distancia como de cerca. Se requiere además, pruebas de la percepción visual, mediante colores y formas, lo mismo que pruebas del campo visual periférico para lograr la valoración funcional.

Deben corregirse los errores elevados de la refracción. Rara vez se requieren auxiliares especiales para lactantes y niños en edad materna. Deben animarse los programas de intervención oportuna para los individuos con incapacidad visual periférico a partir del momento en que se establece el diagnóstico. Por lo general lo administra el sistema escolar local. La intención de estos programas es volver mínimo o eliminar cualquier defecto retrasado del desarrollo intelectual que podría deberse a la baja visión.

Los tipos de letras con que se imprimen los libros para los tres primeros grados escolares son de 18 puntos (2M), 14 a 16 puntos (1.6M) para el cuarto grado, y 10 a 12 puntos (1M) durante todo el bachillerato. Como consecuencia de la gran reserva de acomodación del niño, el que tiene visión subnormal puede lograr a menudo una amplificación adecuada si sostiene el objeto cerca del ojo y efectúa acomodación sobre él. El empleo de una lupa de mano puede ser de utilidad cuando se plantea la necesidad ocasional de una mayor ampliación.



Agradezco a los todas las personas que colaboraron en la realización de esta tesina en especial a la Dra. Alicia Lozano Pratt, gracias por su ayuda y su apoyo, a la Dra. Leonor Ochoa por brindarme su apoyo en la clínica periférica así como para la realización de esta tesina.



ANTECEDENTES

1.1 Definiciones

1.1.1 Baja visión

Se refiere generalmente a algún impedimento severo, no necesariamente limitado a la visión de distancia. La baja visión se refiere a todos los individuos con cierto grado de visión pero que no pueden leer el periódico a una distancia normal, aún con la ayuda de gafas o lentes de contacto.

Estos individuos combinan todos los sentidos, para aprender, aunque puedan requerir adaptaciones en la luz o a tamaño de imprenta, y a veces, el braille. Otra definición nos dice lo siguiente: Es una visión insuficiente, aún con los mejores lentes correctivos, para realizar una tarea deseada. Desde el punto de vista funcional, puede considerarse como personas con baja visión a aquellas que poseen un resto visual suficiente para ver la luz, orientarse por ella y emplearla con propósitos funcionales.¹

Una última definición conjunta las definiciones anteriores diciendo: Una persona con baja visión, es aquella con deterioro de la funcionalidad visual aún después de tratamiento y/o corrección refractiva estándar, y cuya agudeza visual es menor a 6/18 (20/50) hasta percepción de luz, o un campo visual de $>10^\circ$ desde el punto de fijación; pero que utiliza, o es potencialmente hábil para utilizar, la visión remanente para planear y/o ejecutar una tarea.

¹Página del Gobierno para Discapacitados <http://discapacidad.presidencia.gob.mx>



1.1.2 Ceguera

Pérdida de la visión lo suficiente para impedir la autosuficiencia en una ocupación, lo que hace al individuo dependiente de otras personas, agencias o aparatos para poder vivir.

1.1.3 Discapacidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “discapacidad es cualquier restricción o impedimento para la realización de una actividad, ocasionados por una deficiencia dentro del ámbito considerado normal para el ser humano.”²

1.1.4 Discapacidad visual

El deterioro de la visión se refiere a la limitación de una o más de las funciones básicas del ojo: agudeza visual, adaptación a la oscuridad, visión en color o visión periférica. La discapacidad visual se refiere a la incapacidad del individuo para realizar determinadas funciones visuales como leer, escribir, orientarse o desplazarse sin ayuda. La discapacidad visual es un indicador socioeconómico de la capacidad individual para realizar determinadas funciones, la invalidez visual se refiere a una disminución en la actividad física, social y económica de un individuo.³ Los términos vista parcial, baja visión, legalmente ciego y totalmente ciego son utilizados en el contexto educacional para describir a los pacientes con impedimentos visuales.

² ¿Qué entendemos por discapacidad? <http://www.revista.unika.com.mx> Aunque entendemos que esta es una pagina apócrifa por no contar con un autor, si se respalda en un bibliografía

³ Newell, Frank W. Oftalmología, Fundamentos y Conceptos. Madrid. Ed. Mosby 1993.p.p.132



1.2 Clasificación de la OMS

Ante la existencia de más de 60 definiciones de la ceguera en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1975, cuando se llevó a cabo la novena revisión de la clasificación internacional de las enfermedades,⁴ definió nuevamente la ambliopía y la ceguera. Determinó cinco categorías:

- Categoría 1: agudeza visual corregida binocular inferior a 3/10 y superior o igual a 1/10 con un campo visual como mínimo 20°.
- Categoría 2: agudeza visual corregida binocular inferior a 1/10 y superior o igual a 1/20.
- Categoría 3: agudeza visual corregida binocular inferior a 1/20 y superior o igual a 1/50 o un campo visual inferior a 20°, pero superior o igual a 5°.
- Categoría 4: agudeza visual corregida binocular inferior a 1/50, pero percepción luminosa preservada o campo visual inferior a 5°.
- Categoría 5: ceguera absoluta. Ausencia de percepción luminosa.

Para la OMS, los términos “visión disminuida” o “visión parcial” conciernen a las dos primeras categorías, que corresponden más bien a las nociones francesas de “ambliopía” o “mala visión”. El término “ceguera” se reserva para las tres últimas categorías que corresponden a la definición legal francesa.

⁴ OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Manuel de la classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. Geneve, Revision 1975, Reimpresión 1990.



1.3 Etiología

La prevalencia de las causas de ceguera esta influenciada por el nivel de desarrollo socioeconómico de una región determinada. Las cataratas, tracoma y lepra constituyen las principales causas en aquellos países en vías de desarrollo. Pero en las regiones geográficas más desarrolladas la ceguera está más relacionada con el proceso de envejecimiento. La ceguera en niños puede ser producida por agresiones prenatales como infecciones a principio de la gestación (rubéola). La ceguera también puede estar presente como uno de los síntomas de diversos síndromes.

Las causas posnatales de ceguera puede ser: prematurez, quienes reciben altas concentraciones de oxígeno durante periodos prolongados de tiempo. El oxígeno daña los tejidos inmaduros del ojo lo que provoca la cicatrización de la retina, tumores, traumas o consecuencias de ciertas enfermedades.⁵

Enumeraremos a continuación una lista de las causas conocidas de ceguera.⁶

Causas prenatales

- Atrofia óptica
- Microftalmia
- Cataratas
- Colobomas
- Desmides y otros tumores
- Toxoplasmosis
- Enfermedades por inclusión citomegálica

⁵ Sorbe Op. Cit P276

⁶ Mc Donald Ralph E. Odontología pediátrica y del adolescente Buenos Aires, Argentina. Ed. Medica Panamericana. 5ª ed. 1990 p.575



- Sífilis
- Rubéola
- Meningitis tuberculosa
- Anormalidades del desarrollo de las órbitas

Causas posnatales

- Traumatismos
- Fibroplasia retrolental
- Hipertensión
- Nacimiento prematuro
- Policitemia vera
- Afecciones hemorrágicas
- Leucemias
- Diabetes mellitus
- Glaucoma

1.4 Retinopatía del prematuro (ROP)

Es una retinopatía vasoproliferativa que ocurre de manera exclusiva, en lactantes prematuros. Son dos fases que se superponen entre sí en cierto grado: 1) fase aguda en la cual se interrumpe la vasculogénesis normal y se observa una lesión en la retina, y 2) una fase crónica o tardía en la que ocurre proliferación de las membranas hacia el vítreo acompañada de desprendimiento de la retina por tracción, ectopia y retracción cicatrizal de la mácula y pérdida visual importante.

La incidencia de ROP se relaciona en proporción inversa con el peso al nacer y con la exposición al oxígeno.



La ROP se puede clasificar según cada hora del reloj afectada.⁷ Es más probable que se manifieste en cualquier momento una o dos etapas de la enfermedad. Las etapas conocidas son:

Etapas 1. Línea de demarcación

Etapas 2. Reborde

Etapas 3. Reborde con proliferación fibrovascular extrarretiniana

Etapas 4. Desprendimiento subtotal de la retina

Etapas 4A. Desprendimiento subtotal de retina que no afecta la fóvea

Etapas 4B. Desprendimiento subtotal de la retina que afecta la fóvea

Etapas 5. Desprendimiento total de la retina

Los lactantes con desprendimiento total de la retina de etapas 5 quedan prácticamente ciegos si se dejan sin tratamiento.

1.5 Opacidades del cristalino (Catarata)

La anomalía más frecuente del cristalino es la opacidad o catarata. Las cataratas congénitas son la causa de casi 10% de todas las pérdidas visuales en niños a nivel mundial.

La importancia de la catarata para la visión depende de la edad de la iniciación, el sitio en el que se encuentra, y lo que es más importante, su morfología. El aspecto morfológico de las cataratas pediátricas ofrece indicios importantes sobre la etiología y el pronóstico visual. Las características patológicas se pueden considerar en cuatro categorías principales que son zonular, polar, total y membranosa, en este caso en particular las que degeneran la visión son la polar aunque gran parte carecen de importancia visual, un porcentaje pequeño pueden progresar y dar por resultado pérdida de la visión por estrabismo, anisometropía o ambliopía y la

⁷ Nelson, H. Oftalmología Pediátrica. 4ª. edic. Mc Graw Hill interamericana. 2000. p.p.75



total que en mayor parte de las situaciones la función visual está bloqueada por completo y está indicada la remoción inmediata.

La mayor preocupación en los niños que experimentan cataratas es la pérdida visual irreversible secundaria a falta de imagen enfocada formada (privación visual). La función visual de estos individuos no suele ser mejor de 20/60 a 20/80 después del procedimiento operatorio.⁸

1.6 Glaucoma

Las causas del glaucoma en la infancia son muchas, en los adultos suele ser oculto a diferencia de los niños que presentan signos importantes sugerentes de este trastorno con mayor frecuencia.

Es de utilidad subclasificar al glaucoma de la infancia en el producido por mecanismos primarios y producido por mecanismos secundarios. Se llama glaucoma primario al causado por una enfermedad intrínseca del mecanismo de salida del humor acuoso que a menudo tiene origen genético, en tanto que el glaucoma secundario es el causado por otras enfermedades oculares, traumatismos, fármacos o enfermedades generales.

Se encuentran con mayor frecuencia niños de mayor edad con pérdida de la visión a causa del glaucoma crónico, o con síntomas de dolor y vómitos relacionados con el glaucoma agudo.

Aunque se puede sospechar el trastorno al reconocerse los síntomas y los signos, el diagnóstico seguirá sin confirmarse hasta que se encuentre presión ocular elevada. Los límites de la presión ocular normal en la infancia se aproximan a los del adulto normal; rara vez son normales las mediciones por arriba de 22 mmHg o por debajo de 10 mmHg, el signo más frecuente es

⁸ Nelson, H. P.p.291-316



la opacificación corneal, puede haber también aumento del tamaño de la córnea.

1.7 Inicio de la incapacidad

Las circunstancias del inicio de la o de las incapacidades constituyen uno de los factores que condicionarán las relaciones y la adaptación social posterior del niño. A menudo los padres no sitúan adecuadamente la visión del lactante.

Es preferible tener una actitud lo menos negativa posible y tomarse algún tiempo, y sobre todo no afirmar que no es posible aplicar ningún tratamiento. Es conveniente dar el mayor número de explicaciones posibles. Hay que considerar la evolución de los padres y del niño es conveniente evitar el diagnóstico inicial de ceguera. Este diagnóstico debería reservarse para los pocos niños incapaces de percibir luz (categoría 5 de la OMS).

El diagnóstico de ceguera puede provocar un bloqueo y un desconcierto de los padres y tener consecuencias sobre el comportamiento visual del niño y su futuro.

Por el contrario, una sobreestimación del niño, cuyo único deseo es intentar parecerse a los demás. El niño se enfrenta constantemente a sus límites: el niño se ve obligado a hacer esfuerzos permanentes para responder a las expectativas de la familia. Esta sobreinversión visual se relaciona con el deseo de curación o de reparación con la eliminación de las consecuencias de la mala visión.

Se puede ayudar a los padres a estimular de manera óptima a su hijo sin minimizar la realidad médica y sin menospreciar ninguna de las posibilidades visuales del niño, aunque éstas sean mínimas.



1.8 Psicología del niño con discapacidad visual

Si la iniciación de la ceguera o la limitación visual ocurre después de los 4 años de edad, el niño requerirá asistencia considerable para hacer frente al complejo grupo de sentimientos que engendra este suceso traumático. Las etapas de la adaptación al principio de una limitación visual importante son estrechamente paralelas a la adaptación de una enfermedad terminal: rechazo, regateo, ira, depresión y, por último aceptación. En la ceguera sin embargo la etapa de depresión puede durar meses o incluso años a menos que se ofrezca asistencia profesional durante el proceso de adaptación.

El consejo profesional puede ser de mucha utilidad para toda la unidad familiar. Por añadidura pueden ser de máxima utilidad los grupos de apoyo de personas con el mismo problema, como la National Association of parents of de visually impaired (NAPVI) y sus ramas locales. Se han formado grupos semejantes para los padres de niños con cataratas, retinitis pigmentosa y otros trastornos. Estos grupos forman una red de apoyo para los padres que les permite compartir sus sentimientos con personas que han pasado por problemas semejantes y compartir las soluciones que han encontrado.⁹

1.9 Antecedente dental en niños ciegos

El manejo dental del paciente ciego y débil visual comienza antes de hacer contacto con el mismo: desde que se hace la cita para visitar al dentista.

La atmósfera del consultorio dental deberá ser agradable, dando siempre la impresión de un ambiente tranquilo, ordenado y limpio. El odontólogo no debe hacer énfasis en la incapacidad que presenta el niño para ver, y en

⁹ Nelson, M. D . p.p.570



ninguna forma deberá asumir una actitud de preocupación, ya que ésta provocaría relaciones desfavorables en la conducta del niño.

El odontólogo deberá tener la capacidad suficiente para formar y desarrollar en los pacientes, después de cada cita, una conciencia acerca del estado de la dentadura, así como la necesidad de su cuidado. Deberá tener la capacidad suficiente para lograr que el niño acepte voluntariamente cualquier procedimiento dental. Su paciencia deberá reaccionar en cualquier momento, con buena disposición, explicando al niño que ciertos tratamientos pueden resultar un éxito o bien un fracaso y la necesidad de que se someta a ellos.¹⁰

Todas las preguntas que el paciente realice deberán ser aclaradas lo mejor posible.

La actitud del cirujano dentista hacia la ceguera es un factor muy importante durante el tratamiento. Como los cirujanos dentistas de práctica general suelen carecer de capacitación en el tratamiento no sólo de niños ciegos sino con cualquier discapacidad, con frecuencia se sienten frustrados al ser llamados a prestar atención a estos pacientes.¹¹

Para evitar enfermedades dentales en la mayoría de los niños discapacitados es esencial establecer contacto en forma precoz. Muchas entidades podrían derivar antes al niño para su atención dental si tuviese conocimiento de las consecuencias de esta situación son pocos los niños canalizados al odontólogo, salvo que manifiesten odontalgia.¹²

¹⁰ Lebowitz, E.J. "An introduction to dentistry for the blind", Dent. Clin. North Amer., 18: 615-627, julio, 1974.

¹¹ Lebowitz, E.J. p.p 652

¹² Goran Koch Op. Cit.p. 70



En el tratamiento de niños discapacitados el equipo odontológico es uno de los muchos que rodean al niño y a su familia. Aparte de tener conocimiento de los problemas de salud dental y general, asociado con una situación dada, es importante comprender nuestras propias reacciones ante la discapacidad. Por eso, la planificación del tratamiento en un grupo multiprofesional o dentro del grupo del personal odontológico incluye discusiones referida a nuestra actitud como profesionales. Otro aspecto que debemos tener en cuenta es la capacidad del paciente para responsabilizarse por su propia salud oral, o la necesidad de que otra persona asuma esta tarea.

El odontólogo debe percibir las necesidades del paciente, asumir la responsabilidad de formular un programa individualizado para el niño y comunicar adecuadamente a los padres y al paciente realizarse dicho programa.

Dado que es necesaria una clara percepción de la situación por parte de todos los involucrados para el éxito de un programa preventivo, la comunicación adecuada es vital.¹³ No obstante, sean cuales fueren las circunstancias personales del discapacitado, hay que observar por encima de todos los estándares terapéuticos básicos, en primer lugar, la asistencia de urgencias para controlar el dolor y eliminar las infecciones; en segundo lugar, las prácticas de higiene y las medidas preventivas y por último, la restauración de los dientes cariados para mejorar su función. También es esencial mantener un mínimo de salud oral por razones estéticas e indudablemente, si el paciente así lo desea y con ello se contribuye a mejorar su situación general, pueden ponerse en práctica tratamientos dentales complejos.

¹³ Mc Donal Ralph E Op. Cit. P.556



Los cuidados dentales en el hogar deben comenzar en la primera infancia; el odontólogo debe instruir a los padres para que limpien suavemente los incisivos todos los días con una gasa, un cepillo dental infantil o un algodón impregnado en algún abrasivo. El único medio eficaz para eliminar la placa dental es mediante métodos mecánicos como el cepillo dental y el uso de hilo dental, lo cual se requiere una participación activa del paciente o sus representantes, en forma regular.¹⁴

La persona discapacitada es más resistente a la prevención porque no puede entender la razón que la determina a no es capaz de realizarla. De acuerdo con la naturaleza del impedimento habrá que decidir a quien enseñar. En el caso de pacientes con graves impedimentos físicos o mentales, deberá elegirse a un padre o ayudante. Sin embargo, siempre que sea posible, debe enseñarse al discapacitado a realizar su higiene, mediante entrenamientos y técnicas de modificación de conducta, pasando por alto fallos y premiando los éxitos. Pueden incorporarse los procedimientos de higiene habitual en la memoria, a largo plazo del niño.¹⁵ Con la colaboración de los fisioterapeutas y los maestros del niño, pueden ponerse en marcha un programa gradual que parta de la identificación de la boca, los dientes y que contemple las instrucciones sobre el manejo del cepillo, enjuague, etc.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La visión es el más objetivo de todos los sentidos. Da información detallada del mundo externo pues simultáneamente registra posición, distancia, tamaño, color y forma.

El número de niños débiles visuales es casi el doble que el de niños ciegos y la mayoría de ellos vive en un mundo de contornos imprecisos, un mundo en

¹⁴ Mc Donal Ralph E Op. Cit. P. 557

¹⁵ Sorbe Op. Cit.p.610



el que los objetos, las personas y los movimientos sólo se perciben de manera borrosa.

Por tal motivo representa un problema para su salud oral, ya que no pueden ver si el cepillado es correcto y el estado en el que se encuentra su boca.

De esta manera nos podríamos plantear la siguiente pregunta:

¿Si los niños débiles visuales requieren de un programa de Educación para la Salud específico para ellos?

3. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país el interés por las personas discapacitadas ha ido en aumento, pero a pesar de esta apertura, la desinformación y la falta de educación no permite un verdadero acercamiento y preocupación a dichas personas.

Existen niños débiles visuales con diagnósticos variables pero que su pronóstico lamentablemente es desfavorable.

Previendo una futura discapacidad se diseñará un programa de cuidados bucodentales para dicha población, buscando con esto despertar un interés en la comunidad odontológica y en las instituciones de salud para así mejorar su calidad de vida y salud integral.

4. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de educación para la salud dirigido a niños débiles visuales anticipándonos a su pérdida de la visión creando así un buen hábito.



5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la importancia que le dan los padres de familia al cuidado dental de sus hijos.
- Mejorar y mantener la salud bucodental en niños débiles visuales.
- Conocer el índice de CPOD.
- Determinar el grado de conocimiento que tienen los niños de su salud bucodental.

6. METODOLOGÍA

6.1 Material y método

El presente trabajo se realizó en el “Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales” INNCl ubicado en la calle de Viena #121 Col. Del Carmen Coyoacán (anexo 1) y en Centro de Rehabilitación para Ciegos y Débiles Visuales Fundación Conde de Valenciana “CRECIDEVI” Eje Central Lázaro Cárdenas esq. Chimalpopoca Col. Obrera ante los cuales se presentó una solicitud de permiso (anexo 2) con objeto de realizar dicha investigación.

El universo de estudio estuvo constituido por 180 niños de 6 a 13 años tanto del sexo masculino como femenino inscritos en el INNCl y CRECIDEVI.

Esta investigación se llevó en dos etapas.



En la 1era etapa se seleccionaron niños con debilidad visual quedando una muestra de 16 niños, se elaboraron 3 tipos de cuestionarios, el primero dirigido hacia los padres de familia en donde se hicieron preguntas sobre la importancia que tiene la salud bucal de sus hijos, la frecuencia de visitas al odontólogo, en el 2do. enfocado hacia los maestros a los cuales se les preguntó si dentro del programa de la SEP se incluía algún tema relacionado con la salud bucal de los niños y por último a los niños con debilidad visual en este cuestionario se le preguntó a los niños generalidades de su higiene bucal y se levantó un índice de dientes cariados perdidos y obturados (CPOD) dichos cuestionarios se hicieron con la finalidad de conocer las necesidades bucales de nuestra población de estudio y en base a esto poder diseñar un programa del cuidado bucodental.

En la segunda etapa, ya con los resultados obtenidos de los cuestionarios se diseñó el programa para el cuidado bucodental.

6.2 Tipo de estudio

Transversal Descriptivo

6.3 Población de estudio

180 niños inscritos en el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales INNCl, así como en el Centro de Rehabilitación para Ciegos y Débiles Visuales Fundación Conde de Valenciana CRECIDEVI.



6.4 Muestra

16 Niños débiles visuales con diagnósticos variables principalmente glaucoma, ROP, catarata, inscritos INNCI así como en el CRECIDEVI.

6.5 Criterios:

6.5.1 Criterios de inclusión

- Niños de 6 a 13 años
- De sexo masculino y femenino
- Niños débiles visuales
- Que pertenezcan al INNCI y al CRECIDEVI

6.5.2 Criterios de exclusión

- Niños que tengan menos o más de la edad requerida
- Niños con ceguera

6.6 Variables de estudio

- Edad
- Sexo
- Debilidad visual
- Diagnóstico visual



6.6.1 Variables independientes

- Contenido educativo del programa de salud bucodental

6.6.2 Variables dependientes

- Nivel de conocimiento sobre salud bucodental
- Actitudes y prácticas sobre salud bucodental

6.7 Técnicas de recolección y análisis de datos

Se diseñaron 3 cuestionarios con las variables de estudio (anexo 3).

La información se capturó y analizó con el paquete estadístico SPSS.

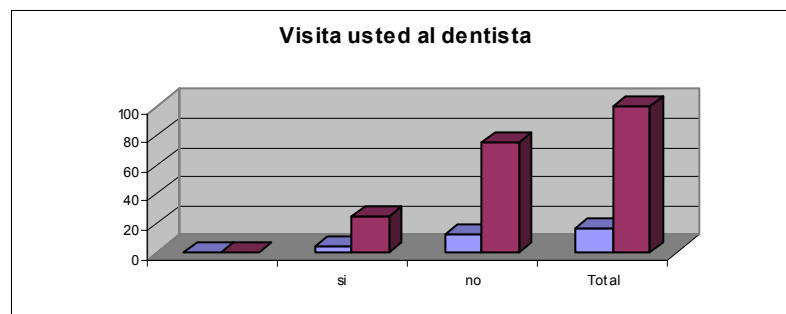
7. RESULTADOS

Tabla 1.

	Visita ud al dentista	
	Frecuencia	Porcentaje
si	4	25
no	12	75
Total	16	100

Fuente directa

Gráfico 1.



Fuente directa



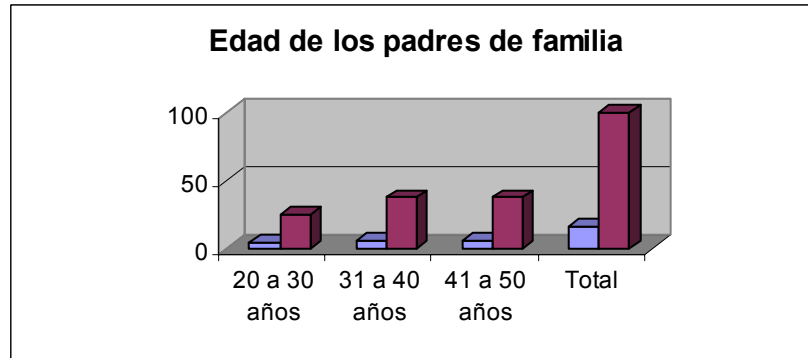
En la Tabla 1 se aprecia que de los padres encuestados el 75% no visita al dentista.

Tabla 2.

Edad padres de familia		
	Frecuencia	Porcentaje
20 a 30 años	4	25
31 a 40 años	6	37.5
41 a 50 años	6	37.5
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 2.



Fuente directa

En la Tabla 2 muestra que la edad de los padres de familia está en un 70% entre los 30 años a los 50 años.

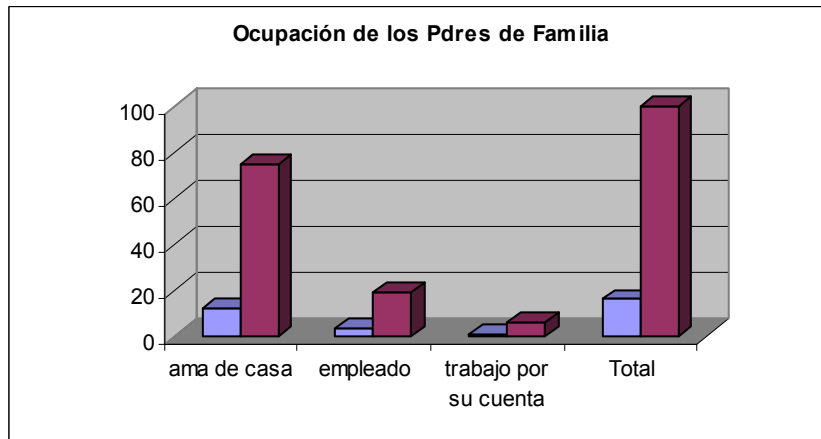
Tabla 3.

Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	12	75
empleado	3	18.75
trabajo por su cuenta	1	6.25
Total	16	100

Fuente directa



Gráfica 3.



Fuente directa

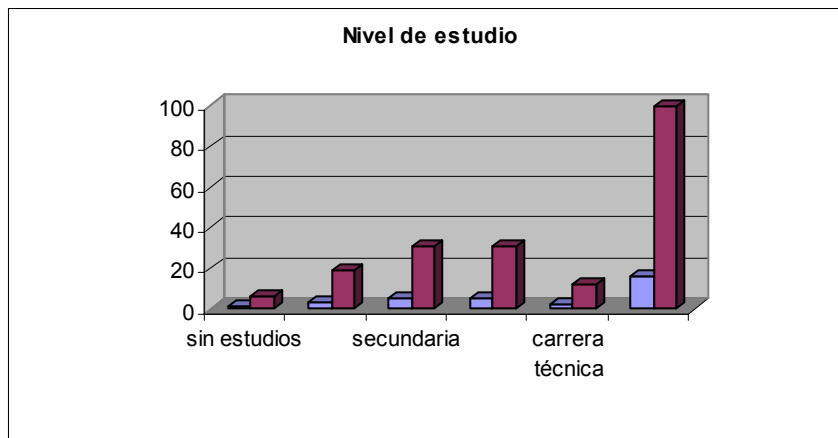
La ocupación de los padres de familia predomina en un 75% las amas de casa.

Tabla 4.

	Nivel de estudios	
	Frecuencia	Porcentaje
sin estudios	1	6.25
primaria	3	18.75
secundaria	5	31.25
preparatoria o equivalente	5	31.25
carrera técnica	2	12.5
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 4.



Fuente directa



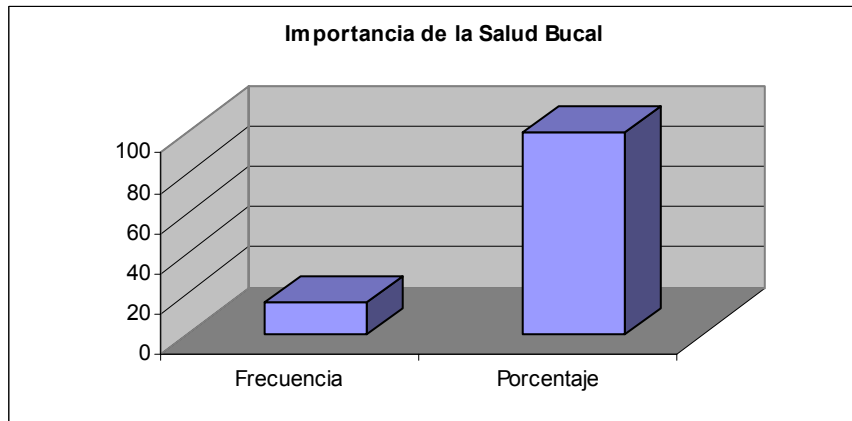
El nivel de estudios está en un 31% secundaria y 31% preparatoria.

Tabla 5.

Considera importante la salud bucal de su hijo		
	Frecuencia	Porcentaje
si	16	100

Fuente directa

Gráfica 5.



Fuente directa

El 100% de los Padres de Familia considera importante la salud bucal de su hijo.

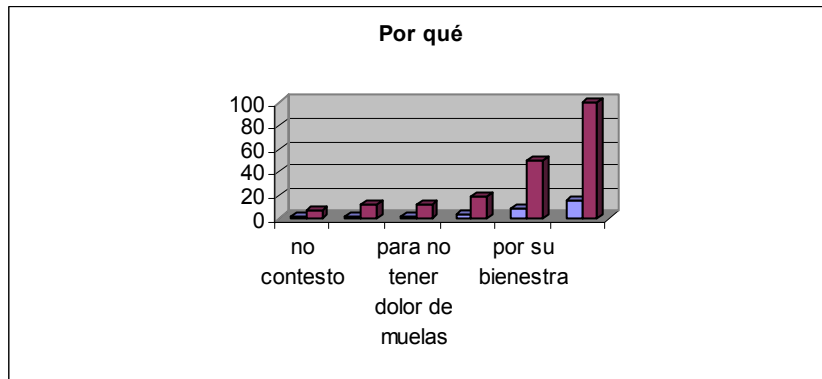
Tabla 6.

	Porque	
	Frecuencia	Porcentaje
no contesto	1	6.25
prevenir malestar grave en el futuro	2	12.5
para no tener dolor de muelas	2	12.5
para no tener mal aliento	3	18.75
por su bienestar	8	50
Total	16	100

Fuente directa



Gráfica 6.



Fuente directa

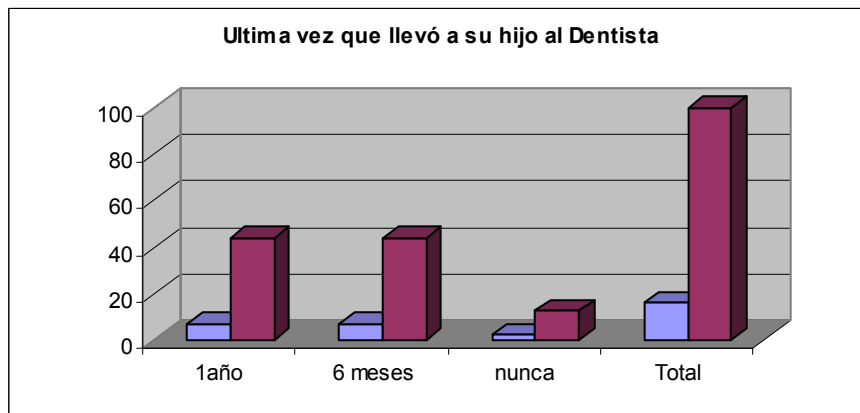
El 50% de los padres de familia coincidieron que es importante la salud bucal de su hijo por su bienestar.

Tabla 7.

Ultima vez que llevó a su hijo al dentista		
	Frecuencia	Porcentaje
1año	7	43.75
6 meses	7	43.75
nunca	2	12.5
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 7.



Fuente directa

El 86% de los padres de familia la última vez que llevaron a sus hijos al dentista fue entre 6 meses a 1 año.

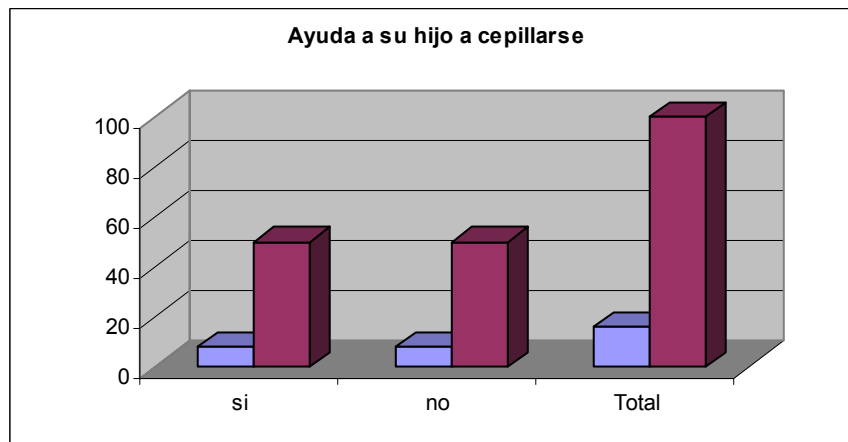


Tabla 8.

Ayuda a su hijo a cepillarse		
	Frecuencia	Porcentaje
si	8	50
no	8	50
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 8.



Fuente directa

El 50% de los padres de familia ayuda a cepillarse los dientes a su hijo mientras que el otro 50% no lo hace.

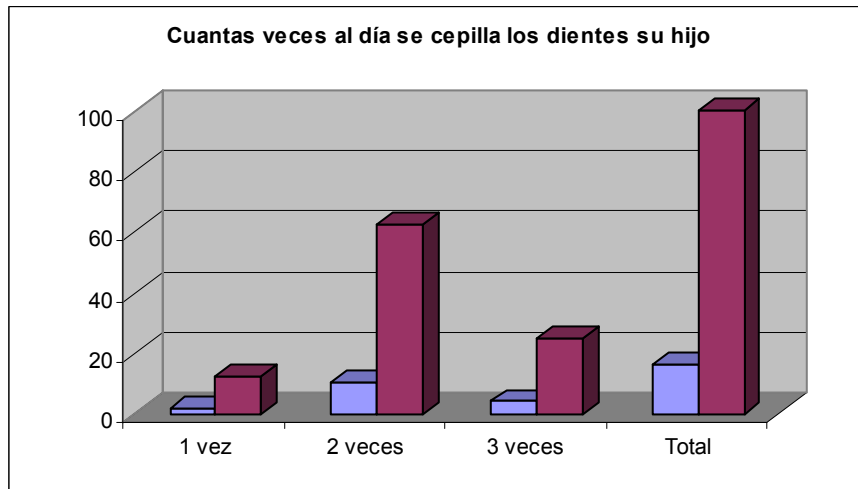
Tabla 9.

Cuántas veces al día se cepilla su hijo		
	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	2	12.5
2 veces	10	62.5
3 veces	4	25
Total	16	100

Fuente directa



Gráfica 9.



Fuente directa

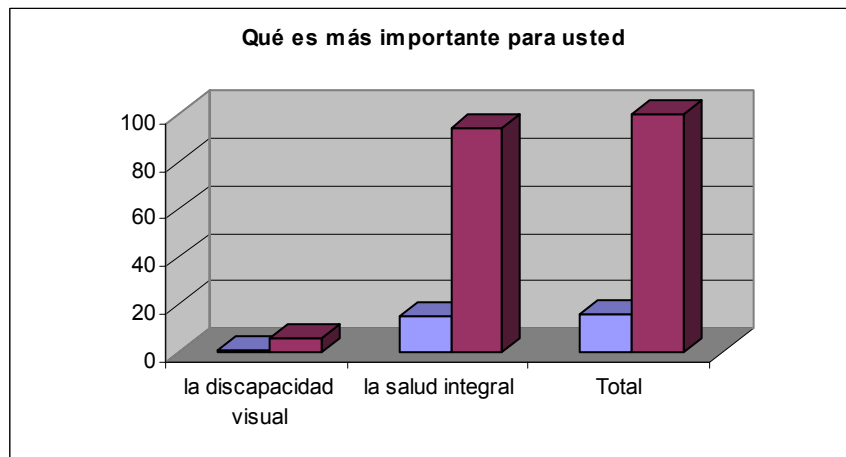
El 62% de los padres de familia contestó que sus hijos se cepillan dos veces al día sus dientes.

Tabla 10.

	Frecuencia	Porcentaje
la discapacidad visual	1	6.25
la salud integral	15	93.75
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 10.



Fuente directa



El 93% de los casos para los padres de familia es más importante la salud integral de su hijo.

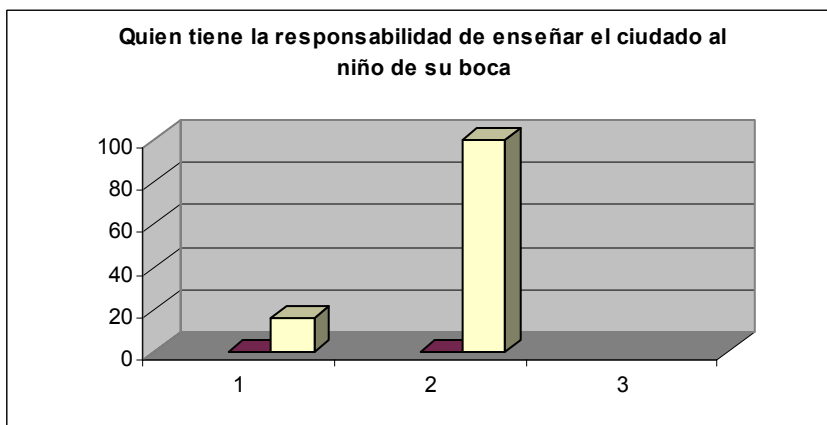
Tabla 11.

Quien tiene la responsabilidad de enseñar el cuidado al niño de su boca

	Frecuencia	Porcentaje
padres	16	100

Fuente directa

Gráfica 11.



Fuente directa

El 100% de los padres de familia contestaron que la responsabilidad de enseñar a su hijo el cuidado de su boca está en ellos.

Tabla 12.

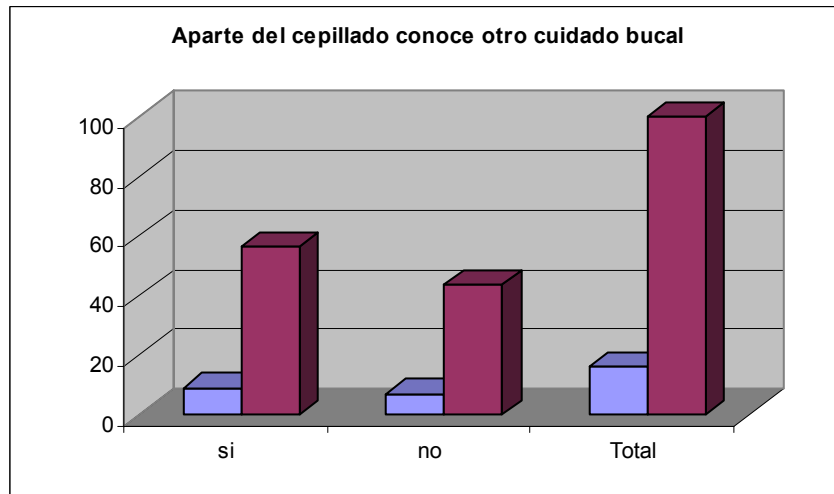
Aparte del cepillado conoce otro cuidado bucal

	Frecuencia	Porcentaje
si	9	56.25
no	7	43.75
Total	16	100

Fuente directa



Gráfica 12.



Fuente directa

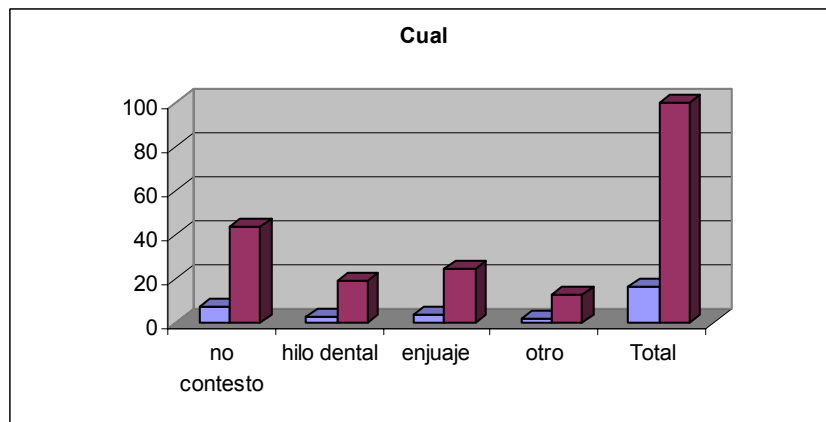
El 56% de los padres de familia afirmaron conocer otro cuidado bucal aparte del cepillado.

Tabla 13.

	Frecuencia	Porcentaje
no contesto	7	43.75
hilo dental	3	18.75
enjuague	4	25
otro	2	12.5
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 13.



Fuente directa.



En la Tabla 13 muestra que los padres de familia conocen otro cuidado dental aparte del cepillado, el 43% de los padres de familia no contestó mientras el 18% nos indicó que el hilo dental.

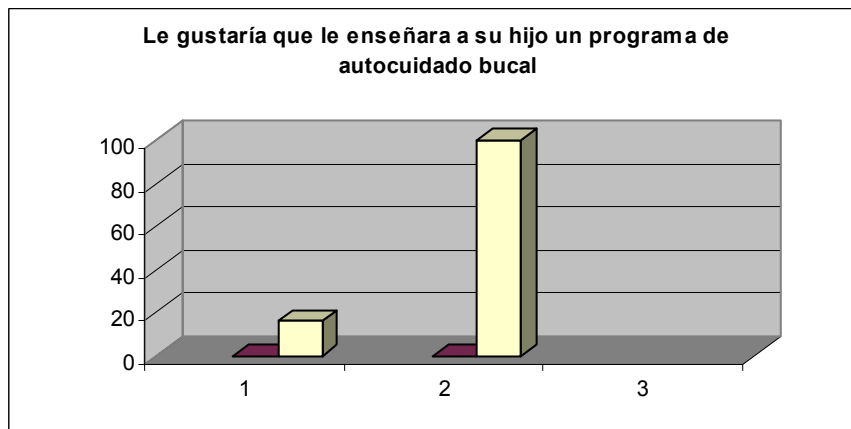
Tabla 14.

Le gustaría q le enseñara a su hijo un programa de autocuidado bucal

	Frecuencia	Porcentaje
si	16	100

Fuente directa

Gráfica 14.



Fuente directa

El 100% de los padres de familia contestaron que si les gustaría que les enseñara a sus hijos un programa de autocuidado bucal.

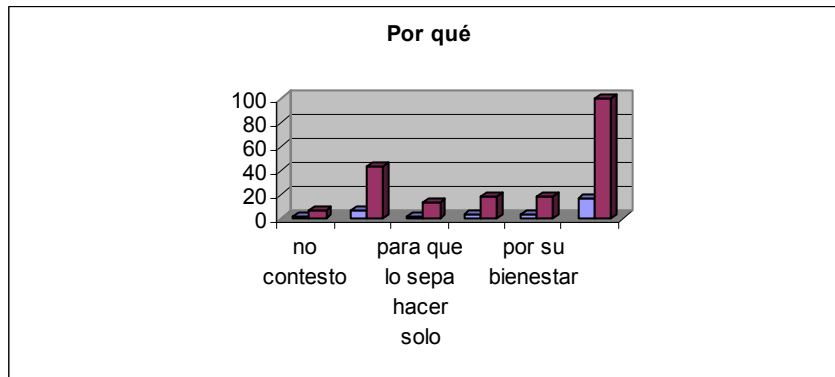
Tabla 15.

	Por qué	
	Frecuencia	Porcentaje
no contesto	1	6.25
es bueno aprender para que lo sepa hacer solo	7	43.75
por higiene	2	12.5
por su bienestar	3	18.75
Total	16	100

Fuente directa



Gráfica 15.



Fuente directa

Para el 43% de los padres de familia les gustaría que se les enseñara a sus hijos un programa de autocuidado bucal porque consideran que es bueno aprender.

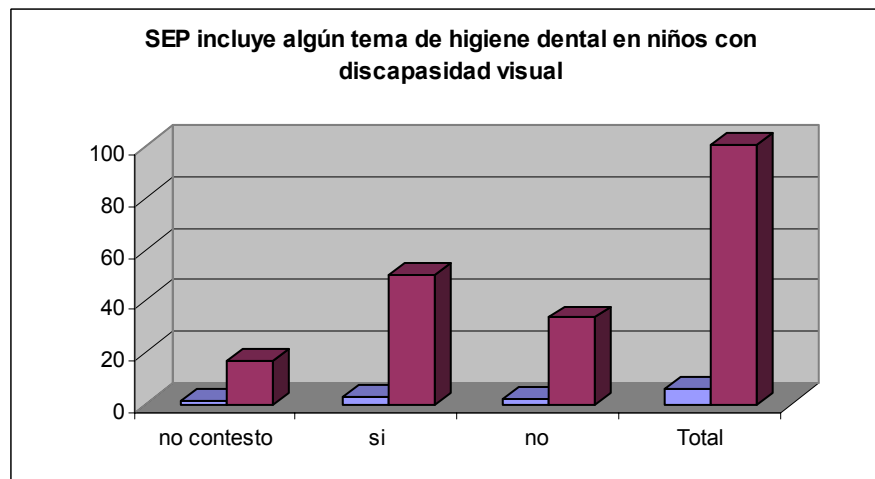
Tabla 16.

Sep incluye tema de higiene o cuidado dental en niños con disca visual

	Frecuencia	Porcentaje
no contesto	1	16.666667
si	3	50
no	2	33.333333
Total	6	100

Fuente directa

Gráfica 17.



Fuente directa



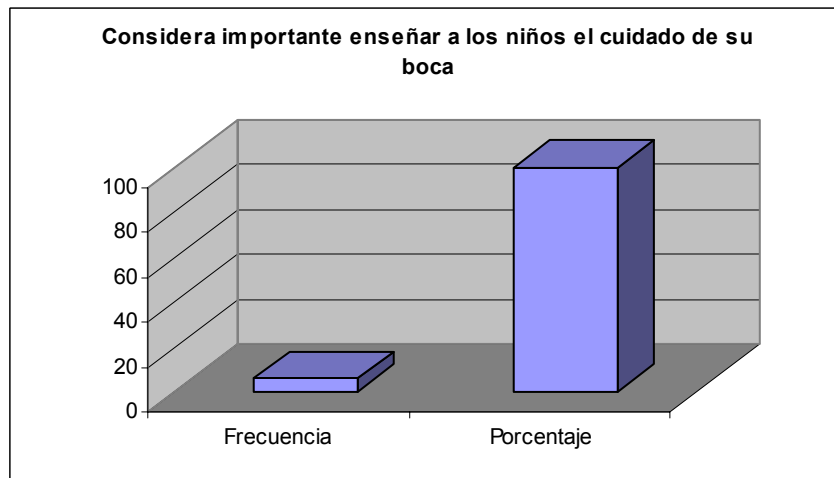
En el cuestionario para profesores, se les preguntó que si la SEP incluía algún tema de higiene dental en niños con discapacidad visual y el 50% contestó que si, el 33% que no y el 16% no contestó.

Tabla 17.

Considera importante enseñar cuidado de su boca		
	Frecuencia	Porcentaje
si	6	100

Fuente directa

Gráfica 17.



Fuente directa

La segunda pregunta, fue dirigida a que si considera el profesor importante enseñar a los niños el cuidado de su boca, el 100% de los maestros encuestados contestó que si.

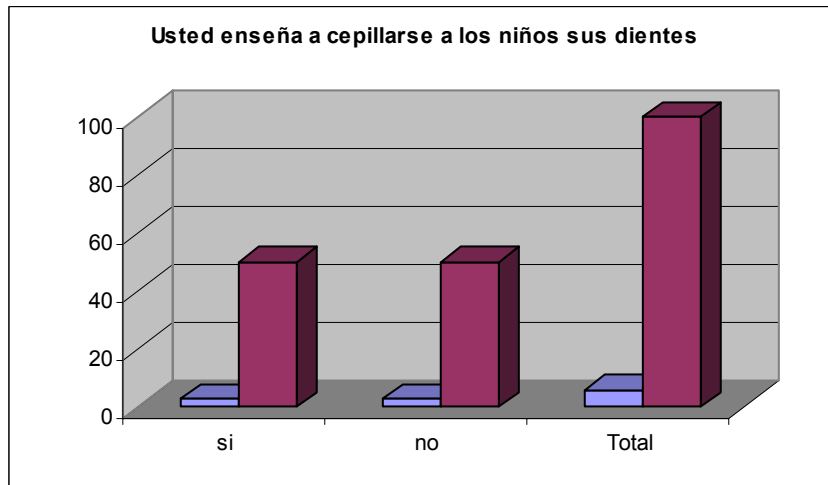
Tabla 18.

Usted enseña a cepillarse a los niños sus dientes		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	50
No	3	50
Total	6	100

Fuente directa



Gráfica 18.



Fuente directa

La tercera pregunta se les preguntó que si ellos enseñaban a sus alumnos a cepillarse sus dientes, el 50% contestó que si y el otro 50% que no.

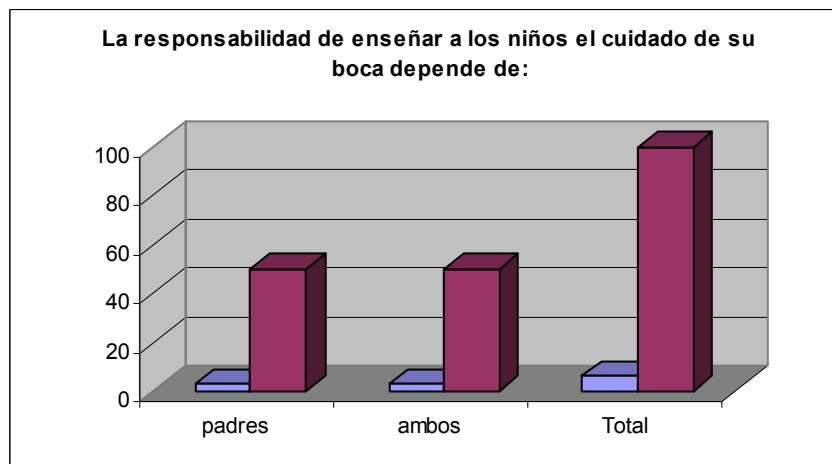
Tabla 19.

La responsabilidad de enseñar el cuidado boca depende de:

	Frecuencia	Porcentaje
padres	3	50
ambos	3	50
Total	6	100

Fuente directa

Gráfica 19.



Fuente directa



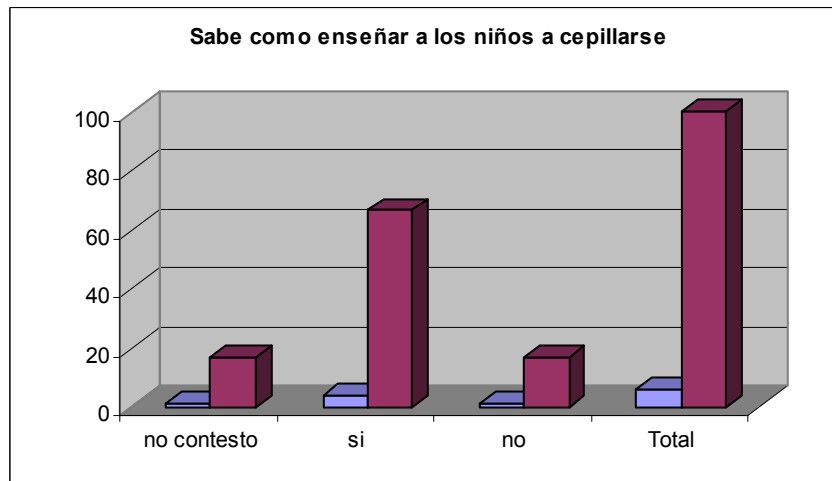
Se les preguntó a los maestros que la responsabilidad de enseñar a los niños el cuidado de su boca depende de sus padres, maestros o ambos y contestaron el 50% dependía de los padres y el otro 50% de ambos.

Tabla 20.

Sabe como enseñar a los niños a cepillarse		
	Frecuencia	Porcentaje
no contesto	1	16.6666667
si	4	66.6666667
no	1	16.6666667
Total	6	100

Fuente directa

Gráfica 20.



Fuente directa

La Tabla 20 muestra que si los maestros saben como enseñar a sus alumnos a cepillarse los dientes, el 66% contestó que si.

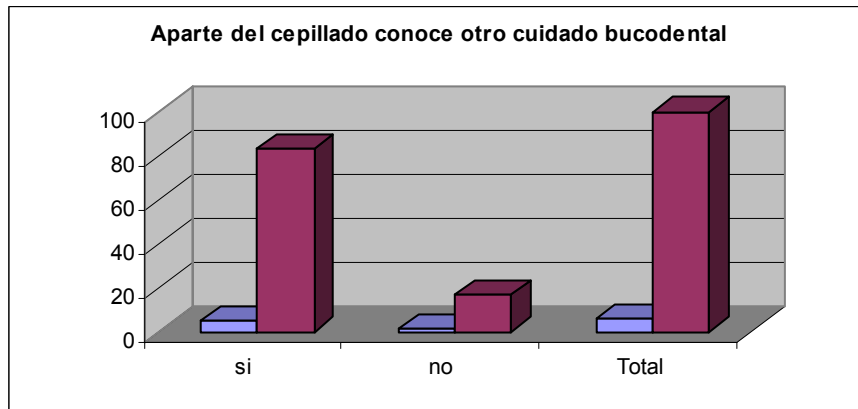
Tabla 21.

Aparte del cepillado conoce otro cuidado bucodental		
	Frecuencia	Porcentaje
si	5	83.3333333
no	1	16.6666667
Total	6	100

Fuente directa



Gráfica 21.



Fuente directa

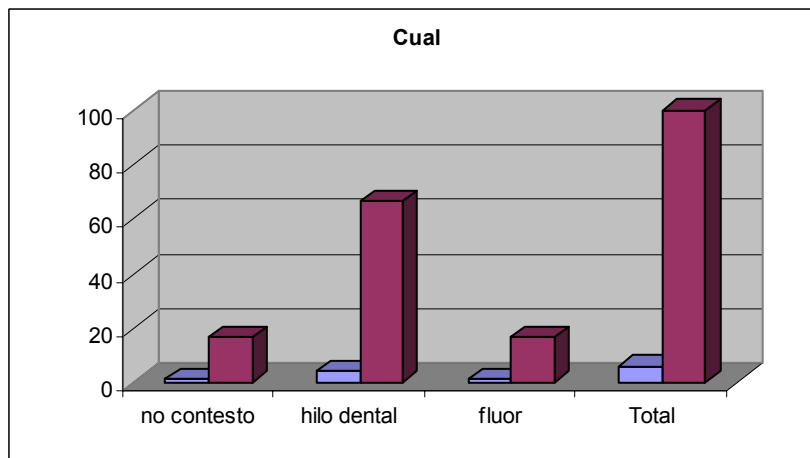
Aparte del cepillado conoce otro cuidado bucodental, el 83% contestó que si.

Tabla 22.

	Cual	
	Frecuencia	Porcentaje
no contesto	1	16.666667
hilo dental	4	66.666667
fluor	1	16.666667
Total	6	100

Fuente directa

Gráfica 22.



Fuente directa

En la Tabla 22. muestra que tipo de cuidado bucodental conocían aparte del cepillado, el 66% contestó que hilo dental.

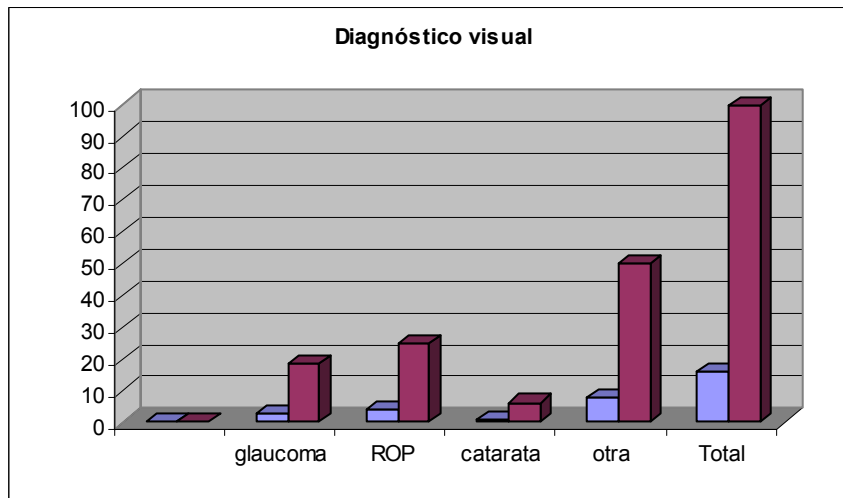


Tabla 23.

Diagnóstico visual		
	Frecuencia	Porcentaje
glaucoma	3	18.75
ROP	4	25
catarata	1	6.25
otra	8	50
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 23.



Fuente directa

En los cuestionarios de los niños se preguntó el diagnóstico visual que tiene cada niño, el 50% de los niños con debilidad visual tienen diferentes diagnósticos, pero el principal es glaucoma y el 18% de los niños entrevistados presentan esta patología.

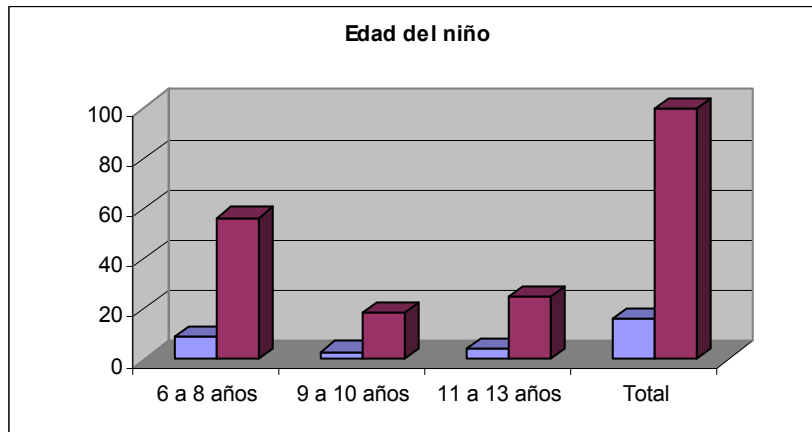
Tabla 24.

Edad paciente		
	Frecuencia	Porcentaje
6 a 8 años	9	56.25
9 a 10 años	3	18.75
11 a 13 años	4	25
Total	16	100

Fuente directa



Gráfica 24.



Fuente directa

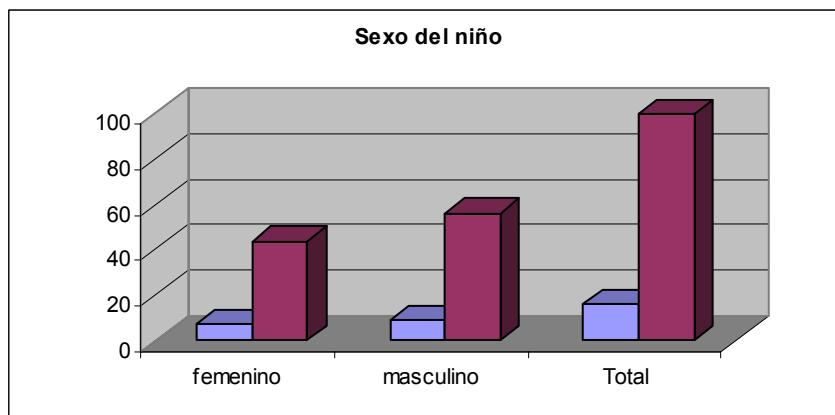
La edad de los niños encuestados esta entre los 6 años hasta los 13 años pero el 56% está principalmente entre los 6 y 8 años de edad.

Tabla 25.

Sexo paciente		
	Frecuencia	Porcentaje
femenino	7	43.75
masculino	9	56.25
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 25.



Fuente directa

El 43% de los niños entrevistados fueron sexo femenino y el 56% masculino.

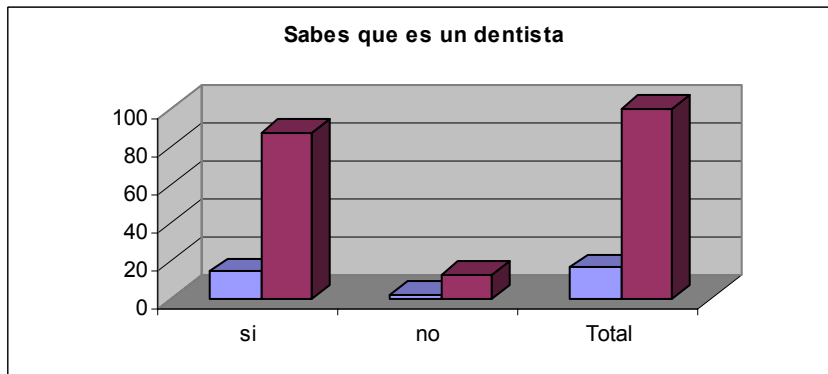


Tabla 26.

Qué es un dentista		
	Frecuencia	Porcentaje
si	14	87.5
no	2	12.5
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 26.



Fuente directa

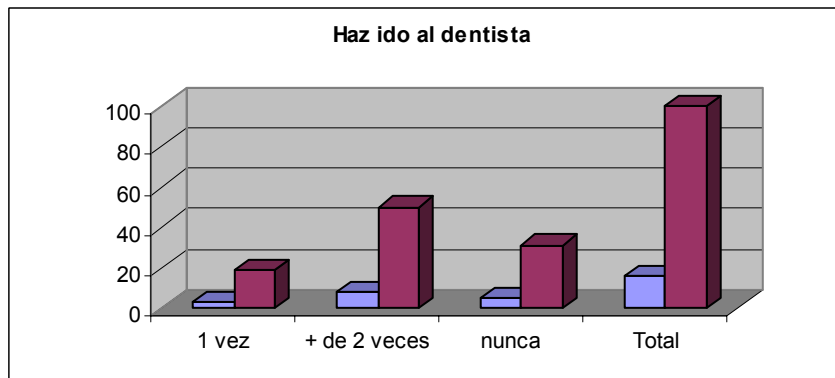
Se les preguntó a los niños que si sabían que era un dentista y el 87% contestó que si.

Tabla 27.

Haz ido al dentista		
	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	3	18.75
+ de 2 veces	8	50
Nunca	5	31.25
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 27.



Fuente directa



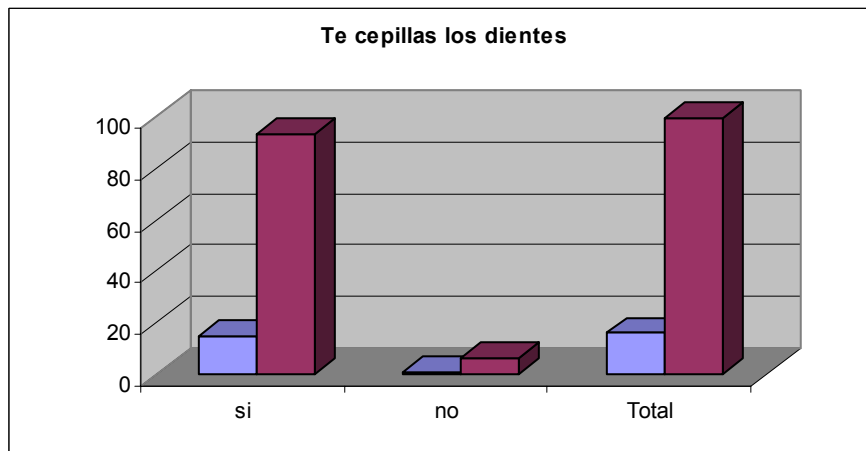
En la Tabla 27 muestra si alguna vez han ido al dentista, el 31% de los niños ha ido más de 2 veces al dentista.

Tabla 28.

Te cepillas los dientes		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	93.75
No	1	6.25
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 28.



Fuente directa

En la Tabla 28 muestra que si los niños se cepillan los dientes, el 93% contestó que si y solo el 6% contestó que no.

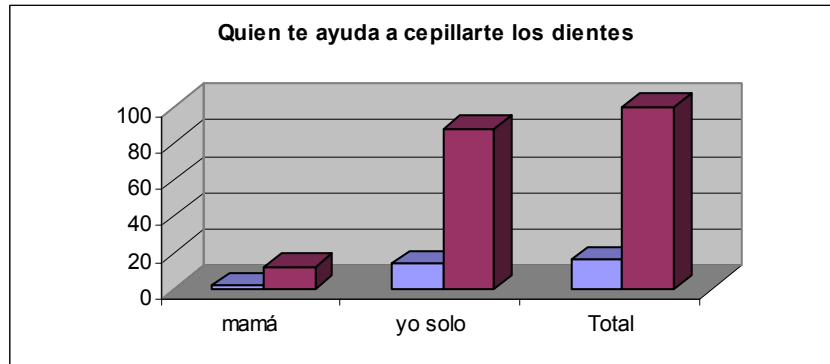
Tabla 29.

Quien te ayuda		
	Frecuencia	Porcentaje
mamá	2	12.5
yo solo	14	87.5
Total	16	100

Fuente directa



Gráfica 29.



Fuente directa

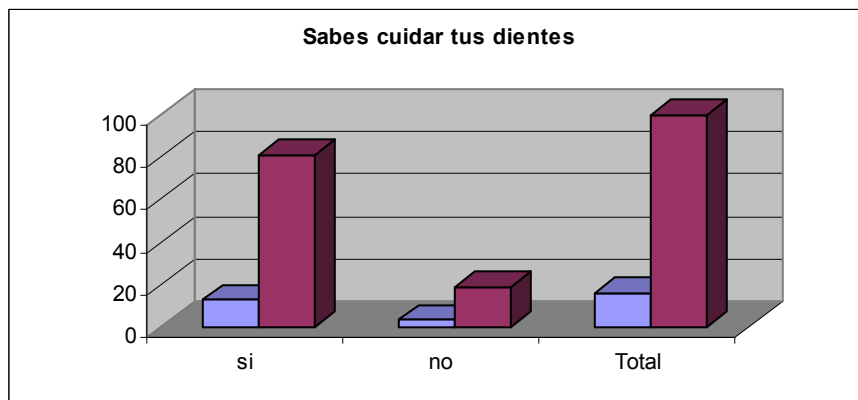
El 87% de los niños contestó que ellos solos se cepillan los dientes y sólo el 12% recibe ayuda de su mamá.

Tabla 30.

Sabes cuidar tus dientes		
	Frecuencia	Porcentaje
si	13	81.25
no	3	18.75
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 30.



Fuente directa

El 81% de los niños contestaron que sí sabían cuidar sus dientes y el 18% que no.

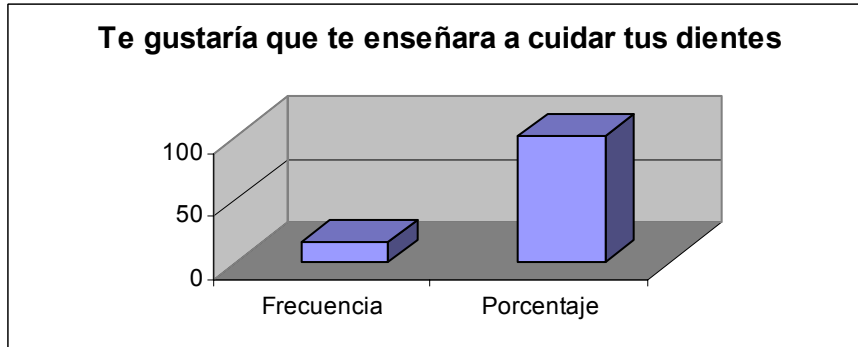


Tabla 31.

Te gustaría q te enseñara a cuidar tus dientes		
	Frecuencia	Porcentaje
si	16	100

Fuente directa

Gráfica 31.



Fuente directa

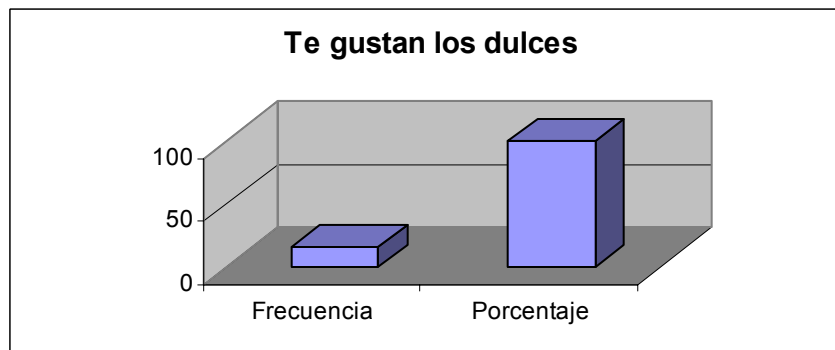
El 100% de los niños contestaron que sí les gustaría que se les enseñara a cuidar sus dientes.

Tabla 32.

Te gustan los dulces		
	Frecuencia	Porcentaje
si	16	100

Fuente directa

Gráfica 32.



Fuente directa

El 100% de los niños contestaron que sí les gustaban los dulces.

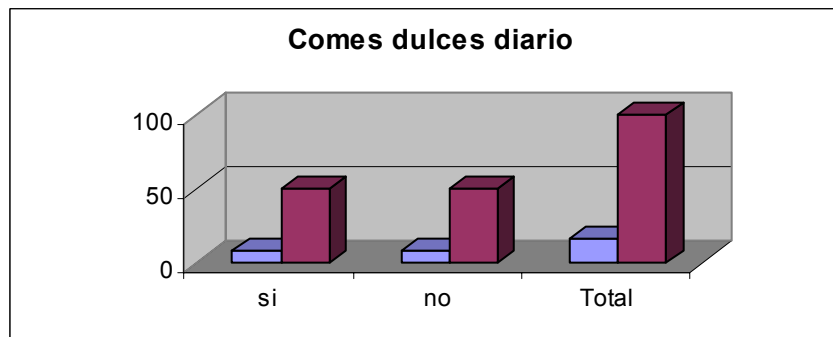


Tabla 33.

Comes dulces diario		
	Frecuencia	Porcentaje
si	8	50
no	8	50
Total	16	100

Fuente directa

Gráfica 33.



Fuente directa

La Tabla 33 muestra si los niños comían dulces diario el 50% contestó que sí el otro 50% que no.

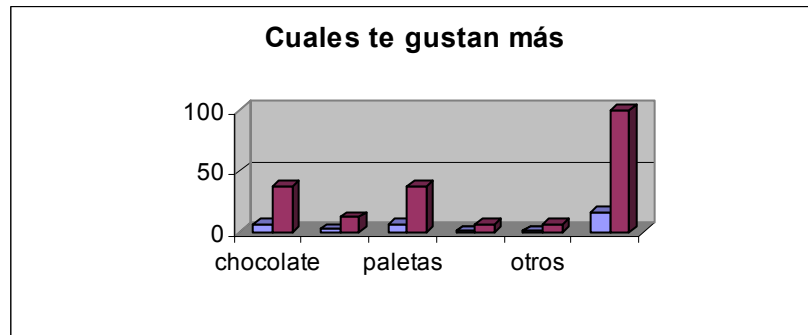
Tabla 34.

Cuales te gustan más		
	Frecuencia	Porcentaje
chocolate	6	37.5
chicle	2	12.5
paletas	6	37.5
dulces con chile	1	6.25
otros	1	6.25
Total	16	100

Fuente directa



Gráfica 34.



Fuente directa

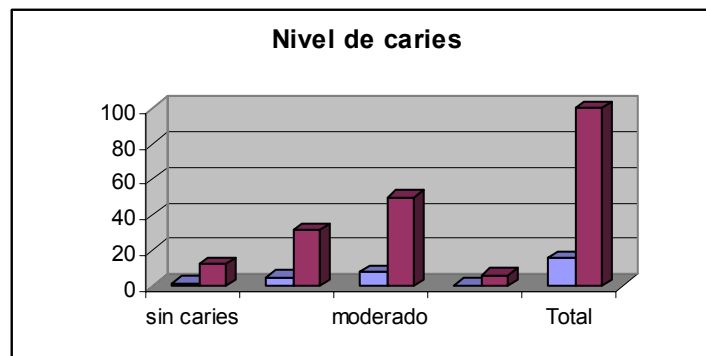
La Tabla 34 muestra la preferencia de los niños hacia los dulces específicamente sobre el tipo de dulces que más les gustaban y el 37% se mencionó que los chocolates son los que más les gustaban.

Tabla 35.

	Nivel de caries	
	Frecuencia	Porcentaje
sin caries	2	12.5
leve	5	31.25
moderado	8	50
severo	1	6.25
Total	16	100

Fuente directa

Tabla 35.



Fuente directa

En la Tabla 35 muestra el nivel de caries de los niños encuestados presentándose en un 50% moderado, 31% leve, 6% severo y 12% sin caries



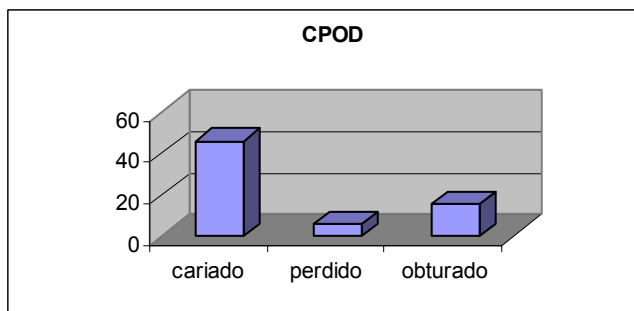
estos resultados se hicieron en base a un levantamiento de CPOD, dicho resultado fue basado según los criterios de la OMS¹⁶.

Tabla 36.

CPOD	
	Frecuencia
cariado	46
perdido	6
obturado	15
Total	77
Promedio	4.8%

Fuente directa

Grafica 36.



Fuente directa

En la Tabla 36 se muestra el número de dientes cariados, perdidos y obturados que se encontraron en la muestra, dando un total de 77 por lo que el promedio de CPOD es de 4.8%.

¹⁶ Encuestas de Salud Bucodental.OMS Métodos Básicos.4ta edición.1997



8. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL DIRIGIDO A NIÑOS DÉBILES VISUALES

8.1 Justificación

Los padres de familia muestran poco interés en la salud bucodental de sus hijos, ya que para ellos es más importante la discapacidad visual, a todo esto se suma la desinformación que existe entre los docentes que atienden a estos niños, por lo que se propone orientar y ensañar técnicas para el cuidado dental y con esto lograr una independencia más completa del niño para así mejorar su salud integral.

8.2 Objetivo general del programa

Incrementar el nivel de salud bucal de los niños débiles visuales, proporcionándoles estrategias de prevención, para capacitarlos para ser independientes cuando se presente la ceguera.

8.3 Objetivos específicos del programa

- Enseñar a los niños con debilidad visual a mantener un estado de salud bucal óptimo.
- Enseñar a los maestros técnicas y cuidados bucales que puedan impartir, de tal manera que mejore el estado bucal del niño.



- Orientar a los padres de familia sobre la importancia que deben de dar a la cavidad oral de su hijo.

8.4 Contenido temático

- Higiene bucodental: técnicas de cepillado, uso de hilo dental y enjuagues bucales.
- Enfermedades bucodentales: caries, enfermedad periodontal (etiología, factores de riesgo, tratamiento y medidas preventivas).
- Nutrición, alimentos ricos en carbohidratos.

8.5 Metas

- Mejorar en un 80% la higiene bucal de los niños débiles visuales.
- Disminuir la incidencia de caries en un 90%.
- Estimular a los padres de familia para que acudan ellos mismos y sus hijos con el odontólogo.
- Fomentar en los docentes una educación bucodental la cual ellos impartan a sus alumnos.



8.6 Estrategias

Se utilizará la demostración (tocar, oler), charlas, dinámicas grupales y juegos.

8.7 Límites del programa

8.7.1 De espacio

El programa se aplicará en el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales INNCI perteneciente a la delegación Coyoacán Distrito Federal y en el Centro de Rehabilitación para Ciegos y Débiles Visuales Fundación Conde de Valenciana CRECIDEVI perteneciente a la delegación Cuahutemoc Distrito Federal.

8.7.2 De tiempo

La investigación se realizará durante un año.

8.7.3 Universo de acción

Niños débiles visuales del INNCI y del CRECIDEVI.

8.8 Especificación de actividades

Se realizarán actividades de información, educación y de prevención, dichas actividades se realizarán 2 veces a la semana en un tiempo de 15 minutos por grupo durante 1 año.



1era. Sesión

Presentación y explicación de los objetivos del programa.

2da. Sesión

Se realizará una charla didáctica sobre generalidades de la cavidad bucal utilizando macromodelos y juguetes didácticos para que el niño pueda conocer su boca.

3era. Sesión

Se realizará una charla sobre higiene bucal, dando técnica de cepillado apoyándose en macromodelos y muñecos didácticos para que posteriormente ellos lo hagan en su boca.

4ta. Sesión

Mediante una obra de teatro guiñol se les platicará que es la caries, factores de riesgo y medidas preventivas.

5ta. Sesión

Se realizará un juego didáctico para evaluar los conocimientos obtenidos de la obra de teatro guiñol siendo reforzadas con lluvia de ideas y preguntas y respuestas.

6ta. Sesión

Se pedirá patrocinio a una marca de artículos dentales para motivar a los niños mediante regalos y concursos.

7a. sesión

Se realizará una charla sobre nutrición enseñándoles que alimentos son nocivos para la salud de sus dientes, se utilizará material didáctico como son frutas de plástico y alimentos chatarra de plástico.



Cada mes se evaluará la higiene bucal mediante un índice de placa (HIOS) así como un CPOD para evaluar el estado de salud bucal y en base a esto enfatizar la enseñanza sobre las deficiencias que tengan.

Se les citará una vez por semana para una plática de 30 minutos a padres de familia y maestros.

1era. Sesión

Presentación y explicación de los objetivos del programa.

2da. Sesión

Se realizará una charla sobre la higiene bucal de sus hijos y como pueden ayudarlos a mejorarla. El apoyo visual será a través de rotafolios y diapositivas; para la técnica de cepillado se hará una demostración con tipodontos.

3era. Sesión

Se realizará una charla sobre la caries dental, gingivitis, periodontitis, sus factores de riesgo, tratamiento y medidas preventivas. El apoyo visual será con rotafolio y diapositivas.

4ta. Sesión

Se aplicarán cuestionarios para evaluar los conocimientos que se han impartido.

Asimismo se les darán trípticos informativos sobre higiene dental, caries, periodontitis, patologías dentales y cuidados que deben tener con sus hijos y para ellos mismos.



8.9 Recursos

8.9.1 Recurso material

- Material didáctico: rotafolios, carteles, tipodontos, macromodelos, muñecos, diapositivas.
- Espejos y exploradores, guantes y cubrebocas.
- Computadora, impresora, CD, cámara digital.
- Encuestas y trípticos.

8.9.2 Recursos humanos

- Niños débiles visuales del INNCI y CRECIDEVI.
- Padres de familia y docentes de dichas instituciones.
- Dos cirujanos dentistas.

8.9.3 Recursos físicos

- Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales INNCI.
- Centro de Rehabilitación para Ciegos y Débiles Visuales Fundación Conde de Valenciana CRECIDEVI.
- Biblioteca de la Facultad de Odontología UNAM.

8.9.4 Recursos Financieros

- Se buscará algún patrocinio para aplicar este programa.



8.10 Evaluación

Se realizará la evaluación desde el inicio, haciendo cortes de evaluación de manera trimestral hasta la evaluación final.



9. CONCLUSIÓN

Las encuestas que se realizaron se hicieron para conocer las necesidades bucodentales de los niños débiles visuales y en base a los resultados obtenidos se diseñó un programa de educación para la salud.

En la población de estudio no se reportaron pacientes sanos y el nivel de caries varió desde leve hasta severo, por lo que es importante hacer énfasis al problema de caries que existe en estos niños.

Este programa tiene la finalidad de mejorar el estado de salud bucal de niños con debilidad visual, pensando que en un futuro no contarán con el sentido de la vista, por lo que es necesario capacitarlos previamente para que puedan mantener una buena salud bucodental.



10. BIBLIOGRAFÍA

- Goddé-Jolly D. Y col. "Oftalmología pediátrica". Ed. Masson. 1994. Barcelona (España) p.p.381-399.
- Nelson L. "Oftalmología pediátrica". Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 2000. México. 4 edición. p.p.68-89,291-331.
- Greene, W.H "Educación para la Salud". Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 1988. México. 1era.edición. p.p. 232-261.
- Nowak, A.J "Odontología para el paciente impedido". Ed. Mundi. 1979. Paraguay. 1era. Edición. p.p. 125-129.
- Mc Donald Ralph E. "Odontología Pediátrica y del Paciente Adolescente". Buenos Aires Argentina. Ed. Médica Panamericana 5ª edición.1990.p.p. 575
- Sorbe. "Conceptos Básicos de Odontología Pediátrica". Caracas Venezuela. Ed. Disinlimited C-A. 1997. p.p.654
- Lebowitz E. "Introducción a la Odontología para los Ciegos. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. México. Ed. Interamericana. 1974. p.p 652
- Medina L, Alvarez-Tostado de la Fuente G. Reporte de 53 casos de visión subnormal. Rev Mex Oftalmol.1988 sep-oct;62 (5):197-200.
- Medina L. Frecuencia de ceguera y debilidad visual. Rev Mex Oftalmol.1987.nov-dic;61(6):287-289.
- Lozano Pratt A, Popper M. El enfermo con déficit visual o visión subnormal y su rehabilitación. Arch.Asoc Evitar Ceg Mex. 1983. oct-dic;2(11):139-145.
- Encuestas de salud bucodental. OMS Métodos básicos 4ta. Edición. 1997.
- Fishleder, R.G. Odontopediatría en ciegos y débiles visuales. Práctica Odontológica. 1984.V5 N10 nov-dic:10-15.
- Daniel Silva. La Ceguera concepto y definición. Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología. 1951. Tomo XXV. p.p 41-48



ANEXOS



11. ANEXOS

Anexo 1.



**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD**

**LIC. PATRICIA SÁNCHEZ REGALADO
DIRECTORA DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL D. F.
Presente.**

Por este conducto me dirijo atentamente a usted, para solicitar que las alumnas: **Tania Rodarte Murguía**, con número de cuenta 9532519-6 y **Norma Angélica Gómez Mondragón**, con número de cuenta 9532686-3, lleven a cabo un Programa de Educación para la Salud Bucal y a su vez, realicen su tesina para poder titularse en la Carrera de Cirujano Dentista.

Estoy segura de que dicho programa beneficiará a los alumnos de la Institución que usted dignamente dirige.

Sin otro particular y en espera de contar con su apoyo, me es grato reiterarle la seguridad de mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D. F., a 12 de enero de 2005.

LA COORDINADORA


C. D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



C.c.p. Profra. María Josefina Cordero Hidalgo.-Subdirectora de Integración Programática.-Presente.
C.c.p. Mtro. José Antonio Aceves.-Área de Control Escolar.-Presente.

385
DIRECCION DE EDUCACION ESPECIAL
RECIBIDO
12 ENE 2005
RECEPCION DE CARTAS



Anexo 2.



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
COORDINACIÓN DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

**DRA. LOURDES MEDINA
COORDINADORA GENERAL
DE CRECIDEVI**

P R E S E N T E

Por este conducto me dirijo atentamente a Usted, para solicitar que las alumnas Tania Rodarte Murguía, con número de cuenta No. 9532519-6 y Norma Angélica Gómez Mondragón, con número de cuenta No. 9532686-3 llevarán a cabo un programa de educación para la salud bucal y a su vez, realicen su tesina para poder titularse en la carrera de Cirujano Dentista.


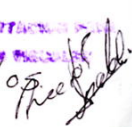
Estoy segura que dicho programa beneficiará a los alumnos de la Institución que Usted dignamente coordina.

Sin otro particular y en espera de contar con su apoyo, me es grato reiterarle la seguridad de mi atenta y distinguida consideración

Atentamente,
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria, D. F., a 2 de febrero de 2006




C.D. MA. ELENA NIETO CRUZ
Coordinadora de Educación para la Salud


21 Feb 10




Anexo 3.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
U.N.A.M.**

SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PADRES DE FAMILIA

Datos personales

Nombre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Nombre de su hijo: _____

Diagnóstico visual: _____

Cuestionario

1. Usted visita regularmente al dentista
si no

2. ¿Considera importante la salud bucal de su hijo?
si no ¿Por qué? _____

3. ¿Cuándo fue la última vez que llevó a su hijo al dentista?
1 año 6 meses nunca

4. Ayuda a su hijo a cepillarse los dientes
si no

5. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo?
1 2 3 ninguna

6. ¿Qué es más importante para usted? (enumere en orden de importancia)
 - La discapacidad visual de su hijo
 - La salud integral de su hijo
 - La salud bucal de su hijo

7. ¿Quién cree usted que debe tener la responsabilidad de enseñarle a su hijo el cuidado de su boca?
Maestros Padres Dentista

8. Aparte del cepillado conoce otro cuidado bucodental
si no ¿cual? _____

9. Le gustaría que se le enseñara a su hijo un programa de autocuidado dental
si no ¿por qué? _____



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
U.N.A.M.**

SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

MAESTROS

Nombre: _____ Grupo que dirige: _____

Cuestionario

1. Dentro del programa de la SEP se incluye algún tema relacionado con la higiene o cuidado bucodental en niños con discapacidad visual

si no

2. Considera importante enseñar a los niños el cuidado de su boca

si no

3. En lo personal, usted enseña a los niños a cepillarse sus dientes

si no

4. La responsabilidad de enseñar a los niños el cuidado de su boca, depende de:

padres maestros ambos dentista el mismo niño

5. Sabe usted como enseñar a los niños a cepillarse los dientes

si no

6. Aparte del cepillado conoce otro cuidado bucodental

si no ¿cual? _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
U.N.A.M

SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

NIÑOS

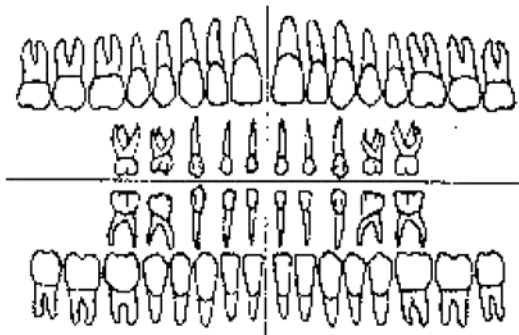
Nombre : _____ Edad: _____

Dx visual : _____ Grupo: _____

1. ¿Sabes que hace un dentista?
si no
2. ¿Haz ido alguna vez al dentista?
1 vez 2 veces + de 2 veces nunca
3. ¿Te cepillas los dientes?
si no
4. ¿Quién te ayuda a cepillarte los dientes?
Mamá papá mi maestra yo solo
5. ¿Sabes que hacer para cuidar tus dientes?
si no
6. ¿Te gustaría que te enseñara a cuidar tus dientes?
si no
7. ¿Te gustan los dulces?
si no
8. ¿Comes dulces todos los días?
si no ¿Cuáles? _____

12 empty boxes for dental chart

8 empty boxes for dental chart



- 0 sano
- 1 cariado
- 2 obturado con caries
- 3 obturado sin caries
- 4 perdido
- 5 diente no erupcionado

8 empty boxes for dental chart

12 empty boxes for dental chart