



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL A
PADRES Y MAESTROS DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD
INTELLECTUAL DEL INSTITUTO VIDA NUEVA. 2005

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

HECTOR JORGE BUENROSTRO ALVAREZ

DIRECTOR: MTRO. SAÚL DUFOO OLVERA
ASESORA: MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA

MÉXICO D. F.

2005

m349828

A Dios

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

A mis padres

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

A mis hermanos

Los quiero mucho, gracias por el ejemplo que me han dado siempre y por estar conmigo en todos momentos, ustedes son parte importante de mis logros.

A mis amigos

Por compartir mis alegrías y mis fracasos, ya que significaron para mí segunda familia. Y a una persona muy especial a mi novia Reyna, que siempre estuvo conmigo incondicionalmente en esta etapa tan importante de mi vida

A la UNAM

Porque me siento orgulloso de pertenecer a ella

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e Impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE:

Hector Jorge

FECHA:

28 de febrero 2005

FIRMA:

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES.....	5
1.1 Definiciones.....	6
1.1.1 Discapacidad.....	6
1.1.2 Discapacidad intelectual.....	6
1.3 Antecedentes históricos.....	6
1.2 Clasificación de la asociación Americana de deficiencia mental.....	7
1.4 Retraso mental leve.....	8
1.5 Retraso mental moderado.....	8
1.6 Retraso mental grave.....	9
1.7 Retraso mental profundo.....	9
1.8 Etiología.....	10
1.9 Criterios para el diagnóstico de retraso mental.....	12
1.10 Diagnóstico.....	13
1.11 Diagnóstico diferencial.....	14
1.12 Programa de tratamiento.....	15
1.13 Prevención e importancia familiar y social.....	15
1.14 Factores de riesgo del retraso mental.....	17
1.15 Atención odontológica a pacientes impedidos.....	18
1.16 Índice de necesidades de tratamiento periodontal comunitarias (INTPC).....	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
3. JUSTIFICACIÓN.....	23
4. OBJETIVO GENERAL.....	23
5. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	23
6. METODOLOGÍA.....	24
6.1 Tipo de estudio.....	24
6.2 Población de estudio.....	24
6.3 Muestra.....	24
6.4 Criterios.....	25
6.4.1 Criterios de inclusión.....	25
6.4.2 Criterios de exclusión.....	25
6.5 Variables de estudio.....	25
6.6 Variables independientes.....	25
6.7 Variables dependiente.....	25
6.8 Técnicas de recolección y análisis de datos.....	25
7. RESULTADOS.....	26

8. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL A PADRES Y MAESTROS DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL DEL INSTITUTO VIDA NUEVA, 2005.....	40
8.1 Justificación.....	40
8.2 Objetivo general	40
8.3 Objetivos específicos	40
8.4 Contenido temático.....	41
8.5 Metas.....	41
8.6 Estrategias.....	41
8.7 Límites del programa.....	41
8.7.1 De espacio.....	41
8.7.2 De tiempo.....	42
8.7.3 Universo de acción.....	43
8.8 Especificación de actividades.....	43
8.9 Recursos.....	45
8.10 Recurso material.....	45
8.11 Recursos humanos.....	45
8.12 Recursos físicos.....	45
8.13 Recursos financieros.....	45
8.14 Evaluación.....	46
9. CONCLUSIONES.....	60
10. BIBLIOGRAFÍA.....	61
11. ANEXOS.....	62

INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual llamada también retardo mental, abarca un amplio grupo de individuos, cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su discapacidad intelectual no se desarrolló lo suficiente para hacer frente a las necesidades del ambiente y poder así, establecer una existencia social independiente, fundamentalmente en compromiso con el desarrollo del cerebro, de enfermedad o de lesión cerebral que se produce durante o inmediatamente después del nacimiento o es la consecuencia de un déficit en la maduración debido a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares, sociales o culturales han sido insuficientes para estimularla, se muestra como una incapacidad o limitación, tanto psíquica como social, y generalmente es descubierta durante la infancia.

Habitualmente podemos observar en el grupo de pacientes especiales una deficiente higiene bucodentaria con elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo en edades muy precoces, restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes. así como, predominio de dietas blandas.

Las personas con retraso mental, a veces, acompañan su déficit intelectual con un déficit en la capacidad de controlar sus movimientos corporales. Es decir que, no sólo les cuesta incorporar hábitos sin la ayuda de otra persona que los apoye y se los recuerde, sino que les cuesta cumplir con el hábito en sí. Un paciente con retraso mental se le dificultará entender no sólo la secuencia del cepillado de dientes, sino el cepillado de dientes en sí, que consta de movimientos finos, inclinaciones sutiles del cepillo, un control visual de la efectividad del cepillado.

Por lo que en este trabajo se hablará sobre la enfermedad y la importancia de incrementar el nivel de salud bucal de los discapacitados; mostrando estrategias de prevención a los padres de familia y maestros encargados de este tipo de pacientes para capacitarlos a mantener una adecuada salud bucal en estos pacientes, en el Instituto Vida Nueva.

ANTECEDENTES

1.1 Definiciones

1.1.2 Discapacidad

La discapacidad es una desventaja para el individuo, resultado de un deterioro o impedimento que limita o evita el cumplimiento de una actividad que sería normal para esa persona. También se define como toda restricción o falta de capacidad para realizar una actividad dentro de la gama considerada normal para el ser humano. ¹

1.1.3 Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual es un problema médico, psicológico, y social caracterizado por el funcionamiento intelectual general por debajo de la media combinado con un fallo en el comportamiento adaptativo, manifestado en el periodo del desarrollo. Implementado por la Asociación Americana de Deficiencia Mental. ²

1.2 Antecedentes históricos

Durante muchos siglos, al enfermo mental se le ha tratado como animal furioso; es decir, con medios de exclusión y de contención, cuando no con la propia muerte. A partir del siglo XVIII, se le trató como un animal doméstico, sometiéndolo a un proceso de domesticación y finalmente, en las últimas décadas, con la revolución antisiquiátrica fue la ciencia de esa domesticación. Y finalmente, en las últimas décadas, con la revolución antisiquiátrica, se ha comenzado a tratar al enfermo mental como un animal humano, siguiendo en esto de nuevo la suerte de la actitud de nuestra sociedad ante los animales.

En una primera fase, que duro prácticamente hasta el siglo XVIII, al retrasado mental severo se le consideró como una especie de monstruo que era necesario excluir de la sociedad de los seres humanos. A finales del siglo XVIII comienza una segunda actitud, en la que al retrasado mental se le da más importancia y es visto como una enfermedad que es necesario tratar mediante procedimientos especiales. Finalmente, en las últimas décadas ha surgido una nueva actitud, presidida no ya por la consigna de la exclusión o de la educación especial, sino de la normalización e integración. Estas son las tres fases de la historia del retraso mental, la de exclusión, la de reclusión y la integración. ³

La Discapacidad intelectual, llamada también retardo mental, abarca un amplio grupo de pacientes cuyas limitaciones en la personalidad se deben, esencialmente, a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente para hacer frente a las necesidades del ambiente y poder así, establecer una existencia social independiente.

Fundamentalmente es un compromiso con el desarrollo del cerebro, de una enfermedad o de una lesión cerebral que se produce durante o inmediatamente después del nacimiento, o es la consecuencia de un déficit en la maduración debido a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares, sociales o culturales han sido insuficientes para estimularla. Se muestra como una incapacidad o limitación, tanto psíquica como social, y generalmente es descubierta en la infancia.

El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los pacientes afectados de un retardo mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales, siendo la prevalencia de éstos al menos tres o cuatro veces mayor que en la población general. Es importante remarcar, además, que los retrasados mentales tienen mayor riesgo de sufrir explotación o abuso físico y sexual.⁴

1.3 Clasificación de la asociación Americana de deficiencia mental.

F71 Retraso mental moderado (del 35 a 49 de C.I.)

F72 Retraso mental grave (del 20 a 34 de C.I.)

F73 Retraso mental profundo (menos de 20 de C.I.)

F78 Otro retraso mental

F79 Retraso mental sin especificación

1.4 Retraso mental leve

Llamado también debilidad mental, subnormalidad mental leve, oligofrenia leve, morón. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) de 50 a 69 corresponde a un retraso mental leve.

Son pacientes que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversación y, por lo tanto, de expresarse en la vida cotidiana. Una gran parte llega a alcanzar una independencia para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse y controlar los esfínteres). Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares, sobre todo en la lectura y la escritura. Pueden desempeñarse en labores prácticas, más frecuentemente en trabajos manuales semicualificados.

Cuando el retraso va acompañado de una falta de madurez emocional o social destacadas, pueden presentarse dificultades para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos, así como en la adaptación a la cultura.

En sólo una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica.

1.5 Retraso mental moderado

Llamado también subnormalidad mental moderada u oligofrenia moderada. Los pacientes con retraso mental moderado muestran una lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje, teniendo en esta área un dominio limitado. Los avances escolares son limitados, y aprenden sólo lo elemental para la lectura escritura y cálculo. Tienen dificultad para su cuidado personal. Sus funciones motrices son pobres, y necesitan de una supervisión permanente. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) comprendido entre 35 y 49, corresponde al retraso mental moderado. En el trabajo desarrollan labores prácticas y sencillas, siempre y cuando estén detalladamente estructuradas y se les supervise de modo adecuado. De adultos es difícil que desarrollen una vida social completamente independiente; sin embargo, muchos de ellos son físicamente activos, con total capacidad de movimientos. El nivel de desarrollo del lenguaje varía, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla, hasta la adquisición de un lenguaje sólo para lo cotidiano. Existen pacientes que nunca aprenden a hacer uso del lenguaje y utilizan la gesticulación manual para compensar la carencia verbal. En la mayoría se detecta una etiología orgánica. Son frecuentes el autismo, o trastornos del desarrollo, así como también la epilepsia, los déficit neurológicos y las alteraciones somáticas.

En la literatura psiquiátrica se consignan no pocos casos de retardo mental con memoria prodigiosa, sobre todo con los números. Es el caso de Inaudi, que a los 6 años causaba admiración por sus cálculos mentales y, a los 12 años, cuando aún no había aprendido a leer; podía repetir fácilmente al revés y al derecho 30 números con sólo verlos una vez, habiendo llegado en una ocasión a repetir 400 números.

1.6 Retraso mental grave

Llamado también subnormalidad mental grave u oligofrenia grave. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) entre 20 y 34, corresponde a retraso mental grave.

El paciente con retraso mental grave presenta un cuadro clínico mucho más severo que el anterior; básicamente, su etiología es orgánica, asociada a otros trastornos con escaso o nulo nivel del desarrollo del lenguaje, necesitándose, generalmente, de una anamnesis indirecta. La gran mayoría de los pacientes presenta marcado déficit motor, o la presencia de otras carencias que dan evidencia clínica de un daño o anomalía del desarrollo del Sistema Nervioso Central.

1.7 Retraso mental profundo

Llamado también, subnormalidad profunda u oligofrenia profunda. Se considera que el C.I., es inferior a 20.

Los pacientes de este grupo poseen muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas, y requieren ayuda y supervisión permanente. No muestran capacidad para comprender instrucciones o reconocerlas y actuar de acuerdo a ellas. Su comunicación no verbal es muy rudimentaria; muestran una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres. La etiología es generalmente orgánica. Suelen estar acompañados de trastornos somáticos y neurológicos graves que afectan la motricidad, así como de epilepsia o de alteraciones visuales y auditivas. Es frecuente el autismo atípico, sobre todo en aquellos que son capaces de caminar, así como la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más grave. *



fuentes directa



fuentes directa

1.8 Etiología

Las categorías más importantes de causas orgánicas de retraso mental son las siguientes:

Infecciones Prenatales: Hay muchos microorganismos que pueden infectar al embrión o feto en desarrollo y causarle anomalías permanentes, incluyendo retraso mental. Entre estos están la rubéola (sarampión alemán), la sífilis, el citomegalovirus y la toxoplasmosis.

Infecciones postnatales: Hay varios tipos de microorganismos que, si infectan al niño en crecimiento, pueden producir una lesión cerebral y retraso mental. Los dos más conocidos son los de la encefalitis y la meningitis.

Intoxicaciones: Existen varios tipos de venenos que pueden causar lesión cerebral y retraso mental. Entre estos están los anticuerpos maternos, que nacen para contrarrestar el factor Rh de la sangre del feto en desarrollo, diversas drogas que toma la madre durante el embarazo y la radiación. Otros trastornos maternos como la toxemia del embarazo también pueden producir condiciones tóxicas en el niño. Después del parto, el retraso mental también puede sobrevenir a causa de la ingestión del plomo por parte del niño.

Complicaciones perinatales: Se conocen muchas complicaciones en el parto mismo que pueden producir daño cerebral y retraso mental. Por ejemplo, si al infante se le interrumpe la corriente de oxígeno por más de unos cuantos minutos, la anoxia resultante produce una lesión cerebral. De manera semejante, el cerebro puede sufrir algún tipo de lesión mecánica durante el parto.

Trauma postnatal: Existen ciertas lesiones del cerebro producidas después del nacimiento que pueden terminar en retraso mental. Una lesión de este tipo que ha recibido mucha atención recientemente es el maltrato infantil.

Desordenes metabólicos heredados: Algunos individuos nacen con una incapacidad heredada para metabolizar o asimilar ciertas sustancias, resultado de lo cual puede ser el retraso mental. Una de las más conocidas entre estas es el desorden llamado FCU, o la incapacidad para metabolizar un aminoácido. En la actualidad esta disposición se puede detectar desde el nacimiento y tratarse con una dieta especial. Otro trastorno como este es el llamado galactosemia, o incapacidad para asimilar el azúcar de la leche; mismo que también se pueden tratar con una dieta especial. Los dos trastornos se transmiten por un gen recesivo.

Desórdenes de metabolismo lípido: Se presentan desórdenes raros que resultan de la incapacidad para metabolizar debidamente las grasas. El más conocido de estos es el mal de Tay-Sachs, que siempre termina en severo retraso mental y en muerte prematura.

Hipotiroidismo: El hipotiroidismo, llamado antiguamente cretinismo, tiene su origen en un nivel anormalmente bajo de hormonas de la glándula tiroides. El mal se presenta frecuentemente en el nacimiento, y puede ser el resultado de una gran variedad de causas. Si no se atiende a tiempo, puede producir deficiencias de las capacidades mentales, pero mediante el tratamiento médico del tiroides, no suele ser un problema serio.

Desnutrición: Una dieta deficiente, si llega a ser muy severa y si ocurre antes del nacimiento o muy poco después del parto, puede producir un daño cerebral permanente y retraso mental.

Enfermedades cerebrales burdas posnatales: Hay muchas enfermedades raras que afectan al cerebro después del nacimiento. Las únicas dos que se presentan con cierta frecuencia son la esclerosis tuberosa y el mal de Von reek Linghausen. Estas dos son muy peculiares en cuanto a que las transmite un gene dominante y, por lo tanto, no pueden saltar ninguna generación.

Malformaciones craneales: Hay muchos trastornos congénitos de causa generalmente desconocida, que se caracteriza por deformidades del cráneo o de la espina, y que pueden producir retraso mental. La hidrocefalia proviene de la incapacidad del líquido cerebroespinal para drenarse debidamente, produciendo así una tremenda presión sobre el cráneo y sobre el cerebro. Algunas veces se puede tratar quirúrgicamente. La hidrocefalia con frecuencia va acompañada de espina bifida, una apertura en la espina que puede producir parálisis de las extremidades inferiores. Otro tipo de anomalía craneal es la microcefalia, que se caracteriza por una cabeza extraordinariamente pequeña.



fuentes directa



fuentes directa

Aberraciones de los cromosomas: Hay muchos desordenes que resultan de la presencia de un cromosoma adicional. El más importante de estos por lo que toca al número de casos, es el Síndrome de Down, conocido popularmente como mongolismo; el cual resulta de la presencia de un cromosoma 21 adicional. Entre las características del Síndrome de Down esta una inteligencia baja (CI promedio en los 30s), configuración muy peculiar de los ojos, dedos cortos y regordetes, y lengua grande. Las únicas otras aberraciones de los cromosomas que no son muy raras, son aquellas en las que están de por medio los cromosomas sexuales. Estas incluyen el síndrome de Klinefelter (XXY) y el síndrome de Turner (XO). El primero es un síndrome masculino fenotípico y el segundo un síndrome femenino fenotípico. Ambos se caracterizan por un ligero retraso mental.

Prematurez: Los niños que nacen prematuramente o que tienen un peso de nacimientos menor de 2,500 gramos están muy expuestos al retraso mental. Esta prematurez es mucho más frecuente entre grupos de bajos ingresos y minorías raciales que entre blancos de clase media en E.U.A. y se supone que su causa es una alimentación adecuada y un cuidado medico deficiente. ⁵

1.9 Criterios para el diagnóstico de retraso mental

- a) Funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media: un CI de aproximadamente 70 o menos en una prueba de CI realizada individualmente (para niños, un juicio clínico de funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media).
- b) Déficit o deterioros concurrentes en el funcionamiento adaptativo presente (es decir, la eficacia de la persona a la hora de satisfacer los estándares esperados por su edad por su grupo cultural) en, al menos, dos de las siguientes áreas: comunicación, auto cuidado, vida domestica, habilidades sociales/interpersonales, uso de los recursos de la comunidad, auto dirección, habilidades académicas funcionales, trabajo, placer, salud y seguridad.
- c) El inicio es anterior a los 18 años de edad. ⁶

1.10 Diagnóstico

El diagnóstico de retardo, cualquiera sea su grado, debe hacerse muy cuidadosamente y por un profesional experimentado. Un diagnóstico equivocado puede causar daños irreparables para el futuro del niño, así como prejuicios familiares y sociales. Debe utilizarse los siguientes procedimientos:

1. Historia Clínica

Anamnesis individual y familiar. La historia del embarazo y del parto, la consanguinidad de los padres y la presencia de trastornos hereditarios en la familia.

2. Examen Físico

Debe incluir una minuciosa observación del nivel de actividad del niño y de la cantidad de interacción con los padres, con otras personas y con objetos inanimados. El examen físico debe ser prolijo y objetivo.

3. Examen Neurológico

La incidencia y gravedad de los trastornos neurológicos, generalmente, se acrecenta en proporción inversa al grado de retraso; pero, muchos niños con retraso grave no tienen anomalías neurológicas graves. Inversamente, alrededor del 25% de todos los niños con parálisis cerebral tienen inteligencia normal. En el examen debe explorarse áreas motoras, sensoriales y síndromes neurológicos.

4. Pruebas de Laboratorio

Exámenes bioquímicos, serológicos, citogenéticos, así como radiografías de cráneo, tomografía axial computarizada y resonancia magnética.

5. Examen Psiquiátrico

Exploración psiquiátrica que abarca la entrevista, la historia psiquiátrica y el examen del estado mental, pruebas de inteligencia y personalidad.

Es frecuente encontrar alteraciones en la conducta tales como hiperactividad, irritabilidad, evitación y agresividad.⁷

1.11 Diagnóstico diferencial

Diversas condiciones médicas pueden simular el retraso mental. Los niños que proceden de hogares que proporcionan una insuficiente estimulación, pueden presentar retrasos motores y mentales que son reversibles, si se les proporciona un entorno enriquecido y estimulante en la primera etapa de la niñez. Diversas incapacidades, sobre todo la sordera y la ceguera (así por ejemplo Helen Keller, la ciega y sordomuda famosa por su inteligencia y voluntad), pueden simular un retraso mental. Sin embargo, es necesario establecer el diagnóstico diferencial con:

1. Los trastornos específicos del desarrollo

El atraso en éste caso es en un área específica y no global.

2. Los trastornos generalizados del desarrollo

Aparece una alteración cualitativa en el desarrollo de la interacción social, de las habilidades de comunicación, tanto verbales como no verbales, y de la imaginación.

3. Capacidad intelectual limítrofe

Generalmente, se establece dentro del rango de C.I. de 71 a 84, que requiere de una detenida y prolija evaluación de todas las fuentes de información psicobiosociales. *



fuentes directa



fuentes directa

1.12 Programa de tratamiento

La medicina no posee los medios para curar a un retardado, una vez que el cuadro se ha instalado. El éxito terapéutico reside, en realidad, en el diagnóstico precoz. Se debe prevenir y diseñar un programa terapéutico integral que trate de frenar los diversos factores que en cada caso estén en juego. Sin embargo, se puede programar:

1. Tratamiento biológico: psicofarmacología.
2. Terapia psicológica: técnicas conductuales: individual y grupal.
3. Terapéutica recreativa: ludoterapia, deporte, actividades artísticas.
4. Pedagogía terapéutica: durante el período escolar.
5. Formación técnica: talleres protegidos.
6. Programas educativos a la familia y la sociedad.
7. Organización de servicios especializados.

El abordaje terapéutico debe ser multidimensional.

1.13 Prevención e importancia familiar y social

Todos los conocimientos expuestos en este capítulo tienden a reforzar el criterio de lograr máxima prevención posible del retardo mental. Se considera que en un 30% de los casos se puede prevenir un retardo mental. En general, la profilaxis del retraso mental debe tener en cuenta:

1. Información; cuando una pareja ha concebido un hijo con retraso mental, netamente hereditario y de transmisión conocida, la probabilidad de tener otro hijo anormal es mayor que la media de la población general.
2. Prevención de infecciones e intoxicaciones en la gestación; rubéola, sífilis, reducción del consumo de alcohol.
3. Reducción de Contaminación ambiental; plomo y radiaciones.
4. Dieta adecuada; fenilquetonuria, galactosemia.
5. Investigaciones de las incompatibilidades sanguíneas fetomaternas.
6. Examen de cariotipo.
7. Prevención de los traumatismos obstétricos: anoxia neonatal.

8. Mejoría de la nutrición, agua, desagüe y vivienda.

Si hay algo que los niños y adultos con retardo mental comparten con mucha angustia, es que son diferentes; éstas circunstancias hacen que socialmente sean considerados como "excepcionales". Muchas veces las familias sobreprotegen a estos niños y no les brindan la oportunidad de experimentar y resolver sus propias necesidades, generando una imagen desdibujada de compasión y pena e impidiéndoles que crezcan y maduren, merced al ensayo y error en la experiencia de vivir por sí mismo. No se les prepara para la frustración positiva que conduce al crecimiento, desprendimiento y madurez, actitud familiar que debe corregirse. ' 9



fuentes directa



fuentes directa

1.14 Factores de riesgo del retraso mental. ¹⁰

Momento	Biomédicos	Sociales	Conductuales	Educativos
Prenatal	Trastornos cromosómicos Trastornos asociados a un único gen Síndromes Trastornos metabólicos Enf. maternas	Pobreza Malnutrición maternal Violencia domestica Falta de acceso de cuidados prenatales	Consumo de drogas Consumo de alcohol Consumo de tabaco	Conocimiento nulo de los padres Falta de apoyo de los padres
Perinatales	Prematuridad. Lesiones en el momento de nacer Trastornos neonatales	Falta de cuidado en el momento del nacimiento	Rechazo por parte de los padres a cuidar al hijo Abandono del niño	Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras alta medica
Postnatales	Traumatismo craneoencefálico Malnutrición Meningo-encefalitis Trastornos epilépticos Trastornos degenerativos	Falta de estimulación Pobreza familiar Enf. crónica de la familia	Maltrato y abandono infantil Violencia domestica Medidas de seguridad inadecuadas Conductas problemáticas del niño	Deficiencias parenterales Dx. Tardío Inadecuados servicios de intervención temprana. Inadecuados servicios de educación especial. Inadecuado apoyo familiar

1.15 Atención odontológica a pacientes impedidos

Habitualmente podemos observar en el grupo de pacientes especiales una deficiente higiene bucodentaria con elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo en edades muy precoces, intensa halitosis y restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes, predominio de dietas blandas, cariogénicas, ricas en hidratos de carbono y con un alto contenido de sacarosa, alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, hipertrofias gingivales producidas por hidantoínas, infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes (granulomas periapicales, celulitis, entre otras), odontalgias periódicas, exodoncias sistémicas en vez de tratamientos conservadores, pacientes muy jóvenes desdentados parcial o totalmente, restricciones o imposibilidad en el uso de prótesis por suponer un riesgo potencial (deficientes mentales severos, paralíticos cerebrales, epilépticos mal controlados, entre otros). Mayor incidencia de maloclusiones que la población general, oclusión traumática y bruxismo frecuente, con abrasiones e hipersensibilidad dentarias. "

Muchos autores opinan que la atención odontológica correcta para las personas impedidas es inadecuada o descuidada.

Esto puede atribuirse en general a dos factores básicos: primero, ignorancia y temor de la situación odontológica por parte de la persona impedida y sus padres y segundo, posiblemente más importante, ignorancia y temor de tratar a la población impedida por parte de la población odontológica.

Gran parte de la profesión cree que esa atención requiere entrenamiento especial y cantidades considerables de equipo adicional. Además, muchos odontólogos piensan que esos pacientes deben ser hospitalizados para recibir el tratamiento necesario. Ciertamente hay un sector de la población que necesitará ser hospitalizada para el tratamiento odontológico; sin embargo, la gran mayoría puede ser tratada en el consultorio privado por el odontólogo general. Muchos piensan que los factores importantes en el manejo del impedido en el consultorio son comprensión, compasión y paciencia. Como profesionales, los odontólogos deben considerar a las personas impedidas como individuos con problemas dentales, que tienen, además, una condición médica.

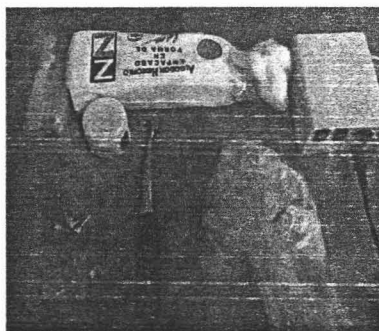
Inicialmente, es muy importante que el odontólogo mismo esté convencido de su propia capacidad para tratar al impedido dentro de los límites del consultorio odontológico típico. En general, las técnicas utilizadas comúnmente con las que el odontólogo está familiarizado, no necesitan ser modificadas significativamente. Se ha dicho que el manejo eficaz del impedido en el consultorio implica más un cambio de actitud que de técnica. Steinberg y Bramer en un estudio encontraron que más del 50% de los pacientes impedidos pueden ser tratados como pacientes ambulatorios, para lograr esto, el odontólogo debe estar familiarizado con las características comunes de las condiciones incapacitantes y tener también información específica sobre cada paciente individual, antes de comenzar un tratamiento.

El papel del padre es muy importante, los padres de un niño impedido pueden volverse sobreprotectores y tratar de evitar los riesgos percibidos que una cita

odontológica implica. Y se le da más importancia a su condición de salud general que a la bucal, pero al convencerse de llevar a sus hijos al consultorio. Ocasionalmente, la presencia del padre será necesaria en el consultorio para ayudar a sostener físicamente a su hijo y, según la filosofía del odontólogo y el tipo de paciente, para apoyo psicológico. Además, los padres deben ser motivados para que cumplan las medidas preventivas de atención odontológica en el hogar: higiene bucal, terapia dietética o suplementos con fluoruros. En resumen, los padres son un eslabón importante entre el paciente impedido y el consultorio odontológico.¹²



fuerite directa



fuerite directa

1.16 Índice de necesidades de tratamiento periodontal comunitarias (INTPC)

El fundamento de este índice se basa en la apreciación de la gravedad de los síntomas de cada diente, sino que registra simplemente la presencia o ausencia de síntomas de enfermedad en cada pieza.

Se utilizan sextantes como unidades básicas de examen para el registro de las necesidades de tratamiento. Cada una de las arcadas dentales queda dividida en tres segmentos, en los cuales tenemos: los 6 dientes anteriores, los dientes posteriores izquierdos y los dientes posteriores derechos. Para que participe en el registro, el sextante debe contener por lo menos 2 dientes funcionales, y las observaciones realizadas en un solo diente remanente se incluirán en el sextante opuesto. Por cada sextante se registra sólo una pieza y en adultos se incluirán todos aquellos sextantes que contengan 2 o más piezas funcionalmente aptas. En niños y adolescentes menores de 20 años, cuando falte el diente lesionado, el sextante se registra como inexistente.

A la edad de 7 a 11 años se recomienda que sólo se tenga en cuenta el sangrado (código 1) y la existencia de cálculos y restauraciones desbordantes (código 2), y no las bolsas (códigos 3 y 4). Asimismo en individuos jóvenes de 7 a 19 años, las falsas bolsas asociadas con la erupción normal del diente a menudo hacen difícil determinar si una bolsa necesita tratamiento periodontal o no.¹³

Procedimiento:

1. Divida la dentición en sextantes.
2. Evalúe un diente por sextante: todos los primeros molares superiores, el incisivo central, los inferiores, también los primeros molares izquierdo, derecho, y un incisivo central.
3. Cuando un diente designado está extraído, el sextante se marca como extraído y marcado con una x.
4. No sondear en niños por que tiene pseudobolsas por la erupción.
5. Se tomara la medición más alta de cada diente.

El Criterio de C.

Se usan cinco códigos. Cada uno incluye condiciones identificadas con los códigos precedentes

Código 0 = los tejidos periodontales saludables.

Código 1 = sangrado

Código 2 = calculo Supragingival o detección de perdida de inserción del margen gingival

Código 3 = 4 o 5 mm de profundidad de la bolsa.

Código 4 = 6mm de profundidad patológica de la bolsa..

- a) 1 sextante es paciente para promoción de la salud. Código 1
- b) 1 a 2 sextantes con puntaje 1,2, pacientes para detartraje código 2
- c) 3 a 4 sextantes con puntaje 1,2,3, o 4, cirugías menores (cerrado) código 3
- d) 5 a 6 sextantes con puntaje 1,2,3, 4, 5, 6 cirugía mayor (abierto) código 4. ¹³

INTPC

16	11	26
46	31	36

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ignorancia, el temor a causar un daño, la falta de imaginación o de conocimiento de cómo desarrollar en ellos un tratamiento conservador, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su atención.

Por tal motivo representa un problema para su salud oral, ya que en las instituciones donde se rehabilitan no existe apoyo para la educación bucodental ni programas preventivos. De esta manera nos podríamos plantear la siguiente pregunta.

¿Si la capacitación de los padres y maestros, que tienen a su cargo estos pacientes, en un Programa de educación para la salud bucodental, incidiría en la mejora de de la salud bucal de los discapacitados?



fuentes directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. JUSTIFICACIÓN

El interés por las personas discapacitadas no es mucho, por falta de información no es posible dar una adecuada atención odontológica, debido al miedo de cómo tratarlos, esto por la ignorancia que existe por parte de la comunidad, y el poco acercamiento que hay hacia los padres de estos pacientes, y la poca relevancia que se le da a la salud bucal.

La mayoría de los Programas de salud, relegan a segundo término la salud bucal en los discapacitados. Así como, no contemplan la capacitación del entorno que tiene a su cuidado a estos pacientes (padres, tutores, mentores, etc.). Dando como resultado una insuficiente higiene dental que deriva en múltiples afecciones bucodentales.

4. OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de educación para la salud bucal dirigido a padres y maestros de discapacitados del Instituto Vida Nueva, para fomentar buenos hábitos .

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la importancia que le dan los padres de familia al cuidado de la cavidad bucal de sus hijos.
- Conocer la importancia que le dan los maestros al cuidado de la cavidad bucal de los alumnos.
- Determinar el grado de conocimiento que tienen padres de familia y maestros, sobre prevención bucal.
- Conocer hábitos bucodentales de discapacitados, padres y maestros
- Calcular el Índice periodontal de necesidades comunitarias (INTPC)
- Evaluar los conocimientos que adquirieron Padres y maestros después del programa.

6. METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizó en el Instituto Vida Nueva para Niños Especiales en la colonia Calvario número 131 Delegación Tlalpan código postal 14000 México DF., ante los cuales se presentó una solicitud de permiso con objeto de realizar cuestionarios (anexo 1).

Este trabajo se llevó a cabo en dos etapas.

En la primera etapa se tomaron 12 alumnos con discapacidad intelectual, se realizaron 2 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, si conoce formas de cuidado bucodental aparte del cepillado, si sabe lo que es la gingivitis, periodontitis, en el segundo fue enfocado hacia los maestros a los cuales se les preguntó, la frecuencia de visitas al odontólogo, si ayuda a los alumnos a cepillarse, que tipos de cuidados bucales conoce, si sabe como cepillar a estos pacientes y si conoce lo que son algunas enfermedades bucales como, gingivitis, periodontitis, y se levanto un índice periodontal de necesidades comunitarias, 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.

6.1 Tipo de estudio

Intervención comunitaria

6.2 Población de estudio

10 alumnos inscritos en el Instituto Vida Nueva para Personas Especiales, 10 padres y 10 maestros

6.3 Muestra

10 alumnos con discapacidad intelectual con diagnósticos de discapacidad grave y profunda, inscritos en el Instituto Vida Nueva, 10 padres y 10 maestros.

6.4 Criterios

6.4.1 Criterios de inclusión

- Discapacitados de 20 a 34 años
- Alumnos con discapacidad intelectual
- Que pertenezcan al Instituto Vida Nueva
- Profesores que quieran colaborar
- Padres que quieran colaborar

6.4.2 Criterios de exclusión

- Discapacitados que no quieran colaborar
- Discapacitados que sus padres no acepten colaborar
- Profesores que no acepten colaborar

6.5 Variables de estudio

- Edad
- Sexo
- Discapacidad intelectual

6.6 Variables independientes

- Contenido educativo del programa de salud bucodental

6.7 Variables dependientes

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

6.8 Técnicas de recolección y análisis de datos

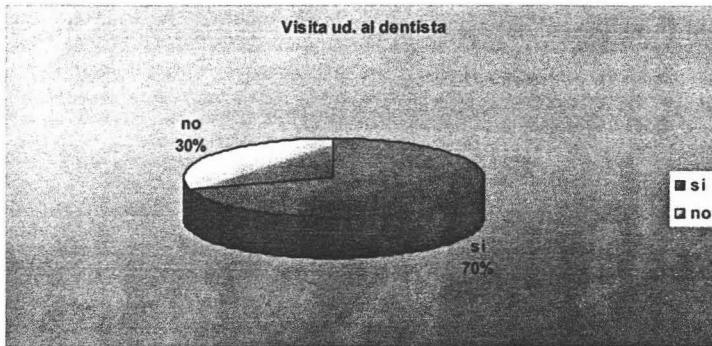
Se diseñaron 2 cuestionarios con las variables de estudio (anexos 2,3)

La información se capturo y analizo con el paquete estadístico Excel.

7. Resultados

Padres

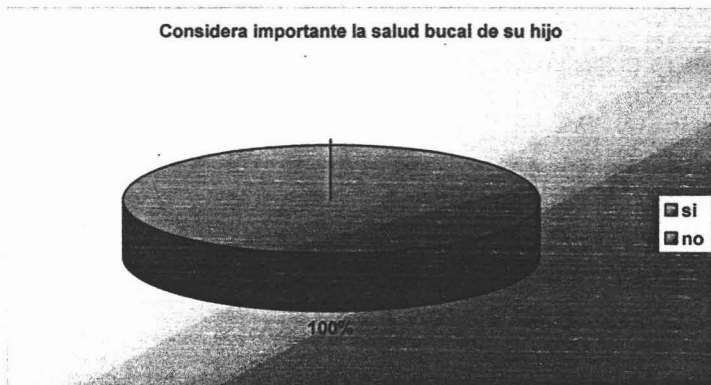
Gráfica 1



Fuente directa

Gráfica 1- Se aprecia que de los padres encuestados el 70 % si visita al dentista.

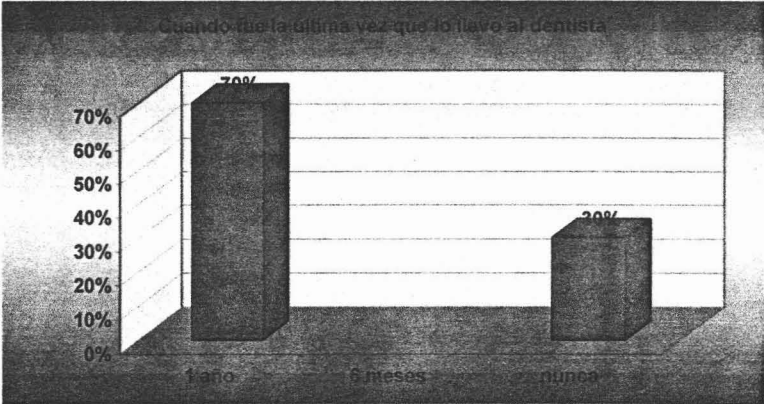
Gráfica 2



Fuente directa

Gráfica 2- el 100% de los padres considera importante la salud bucal de su hijo.

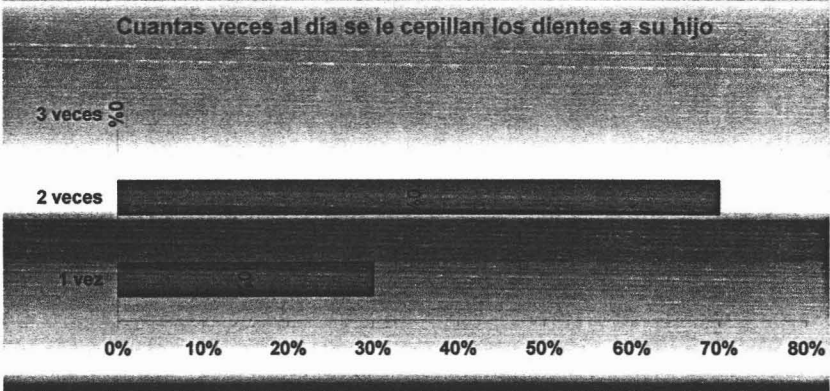
Gráfica 3



fuentes directa

Gráfica 3- Observamos que el 70% de los padres llevaron a su hijo hace un año.

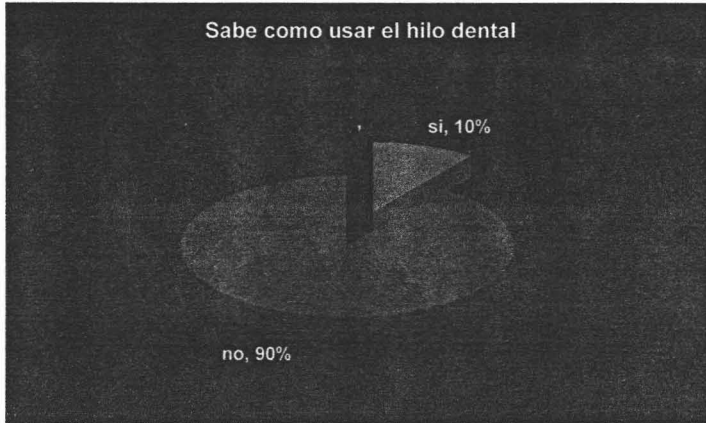
Gráfica 4



fuentes directa

Gráfica 4- El 70% cepillan los dientes a su hijo 2 veces al día

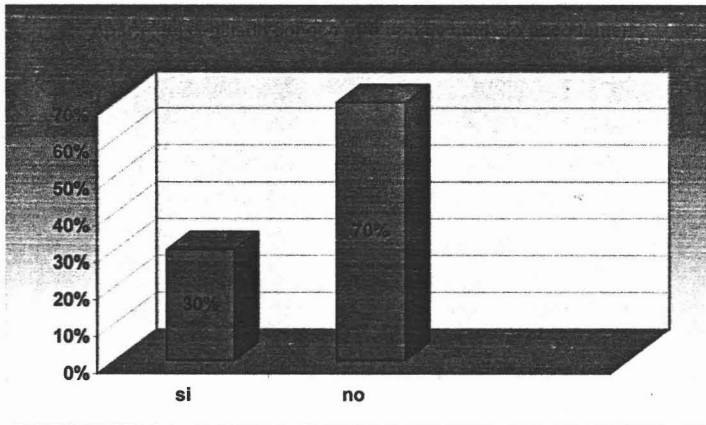
Gráfica 5



fuentes directa

Gráfica 5- El 90% de los padres no sabe como utilizar el hilo dental correctamente, solamente el 10% sabe como utilizarlo.

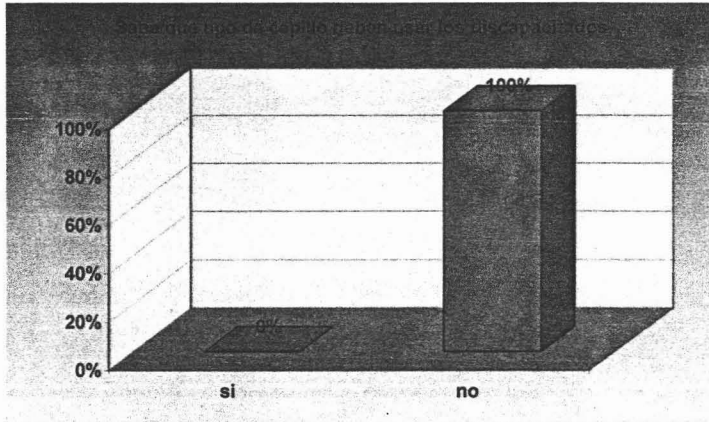
Gráfica 6



fuentes directa

Gráfica 6- El 70% contestó que sí conoce otro tipo de cuidado bucal y el 30% no.

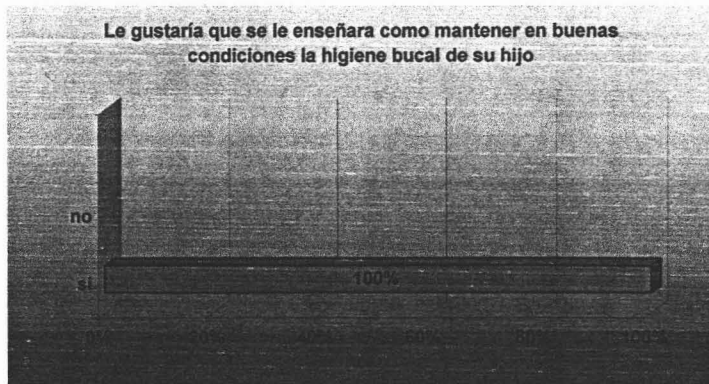
Gráfica 7



fuerce directa

Gráfica 7- El 100% de los padres no sabe que tipo de cepillo deben utilizar en discapacitados.

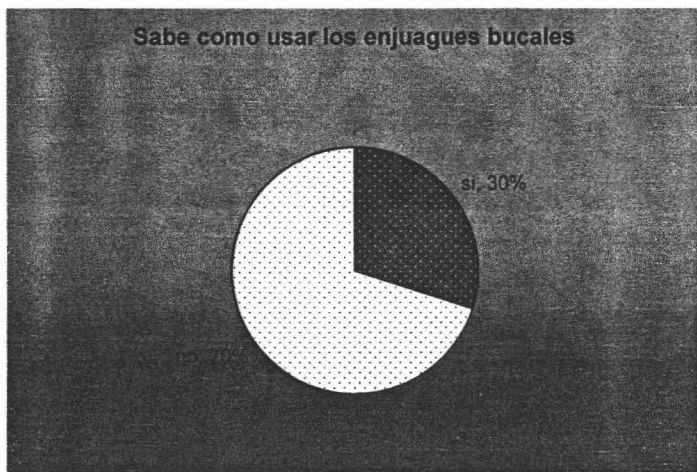
Gráfica 8



fuerce directa

Gráfica 8- El 100% de los padres contesto que si les gustaría aprender a mantener en óptimas condiciones la salud bucal de sus hijos.

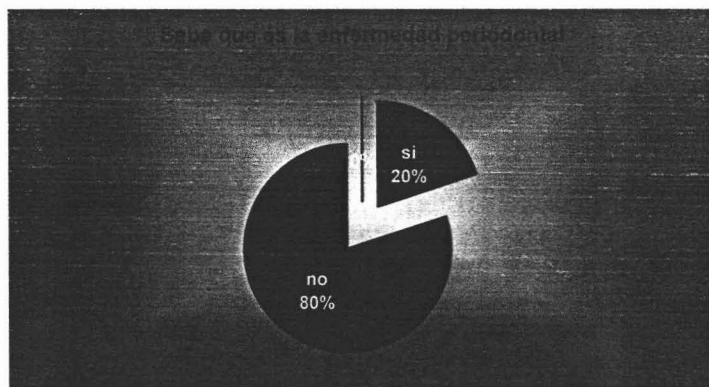
Grafica 9



fuentes directa

Gráfica 9- El 70% de los padres no sabe como usar los enjuagues bucales, solo el 30% supo como usarlo.

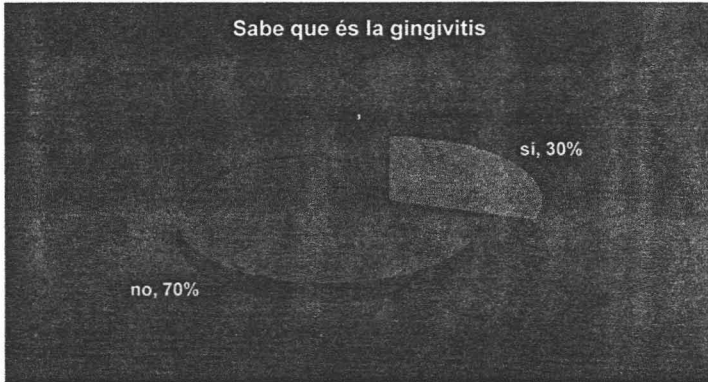
Gráfica 10



fuentes directa

Gráfica 10- 80% de los padres no sabe lo que es la enfermedad periodontal.

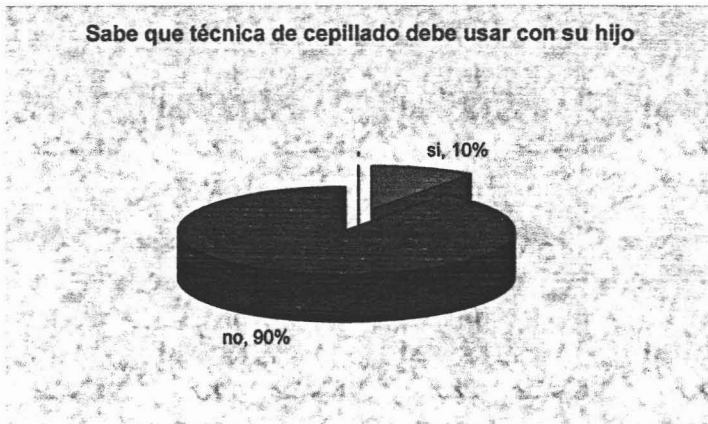
Gráfica 11



fuentes directa

Gráfica 11- 70% de los padres no sabe lo que es la gingivitis.

Gráfica 12

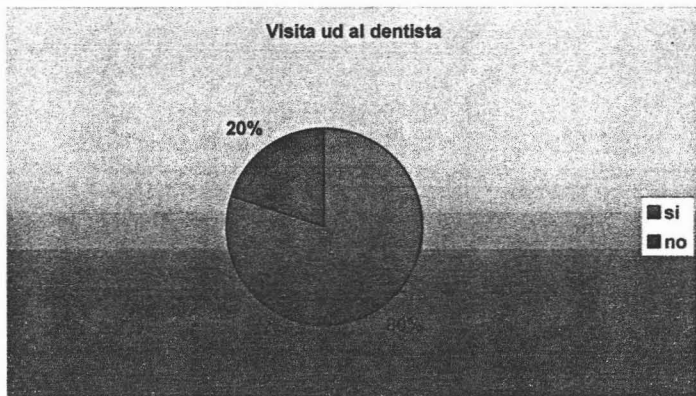


fuentes directa

Gráfica 12- El 90% no sabe que técnica de cepillado usar con su hijo.

Maestros

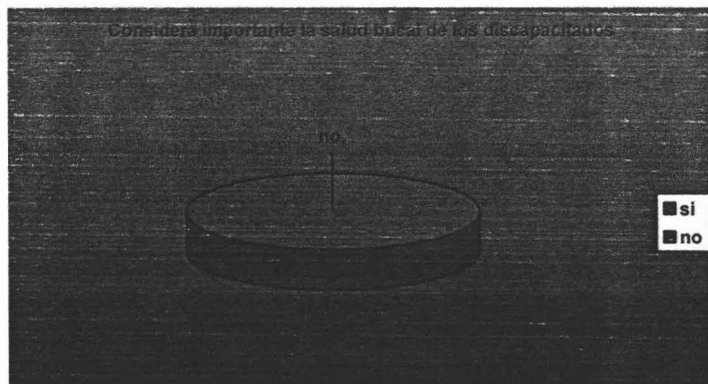
Gráfica 13



fuentes directa

Gráfica 13- el 80% de los maestros visita al dentista.

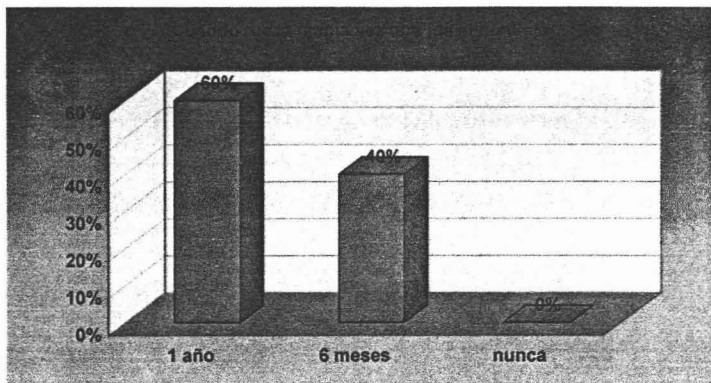
Gráfica 14



fuentes directa

Gráfica 14- El 100% de los maestros contestó que sí es importante la salud bucal de los discapacitados.

Gráfica 15



fueron directa

Gráfica 15- 60% de los maestros fueron hace un año al dentista por última vez.

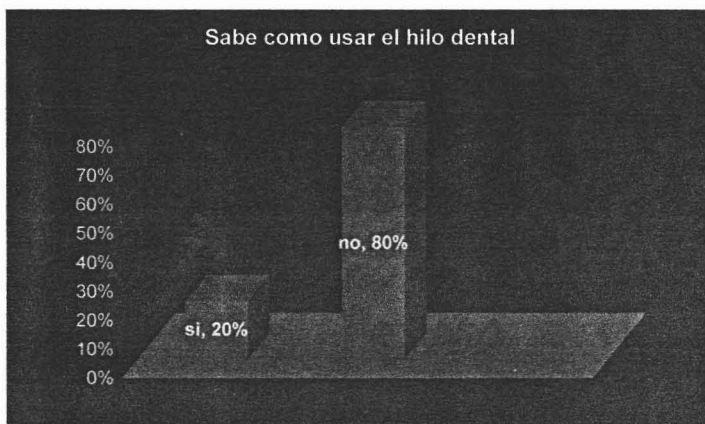
Gráfica 16



fueron directa

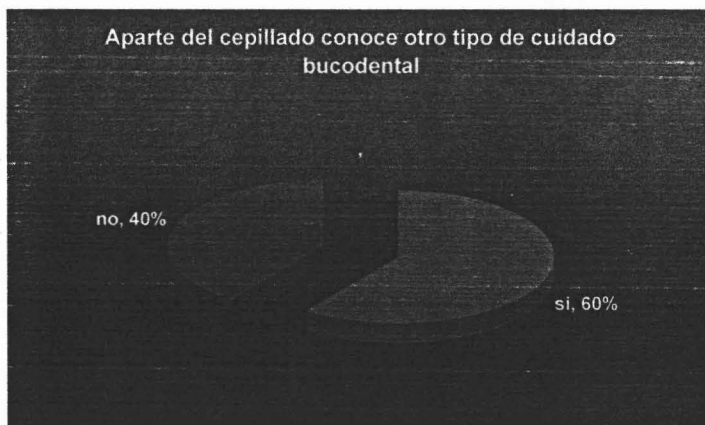
Gráfica 16- El 100% de los maestros contestaron que cepillan a los discapacitados 2 veces al día.

Gráfica 17



Gráfica 17- El 80% de los maestros no sabe como utilizar el hilo dental, solo el 20% sabe como usarlo.

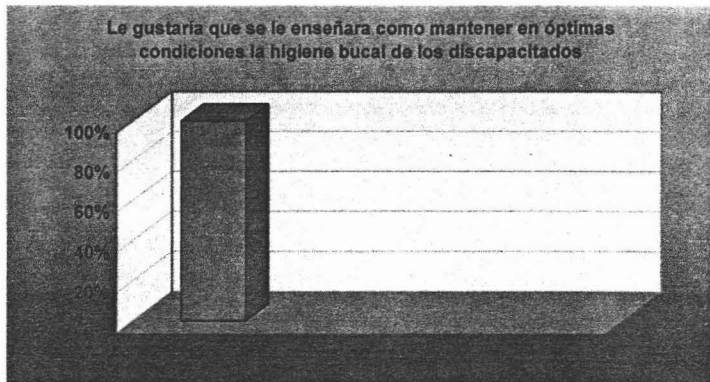
Gráfica 18



fuentes directas

Gráfica 18- El 60% de los maestros si conoce otros tipos de cuidado bucodental.

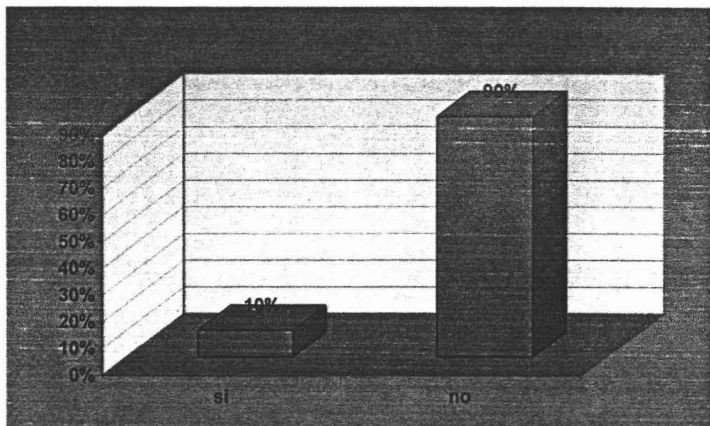
Gráfica 19



fuentes directa

Gráfica 19- El 100% contestó que si les gustaría aprender a mantener en óptimas condiciones la higiene bucal de los discapacitados.

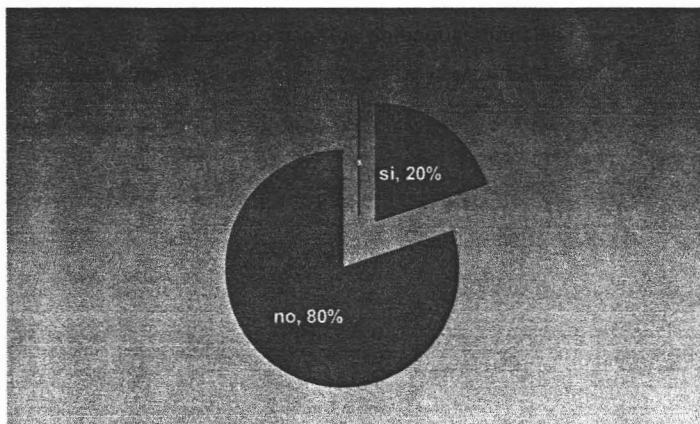
Gráfica 20



fuentes directa

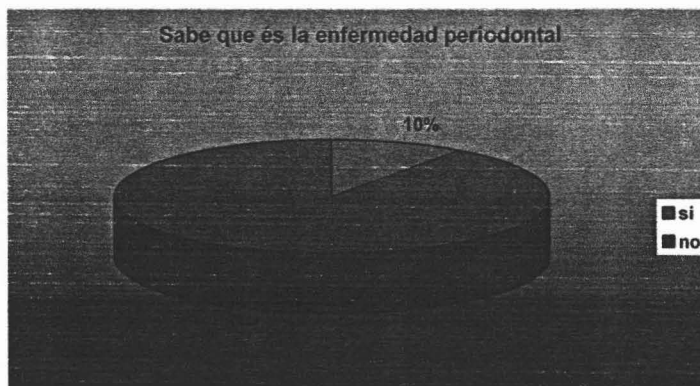
Gráfica 20- En la grafica observamos que el 90% de los maestros no sabe que tipo de cepillo utilizar con discapacitados.

Gráfica 21



Gráfica 21- En la gráfica observamos que el 80% de los maestros no sabe como usar el enjuague bucal, el 20% si sabe como utilizarlo.

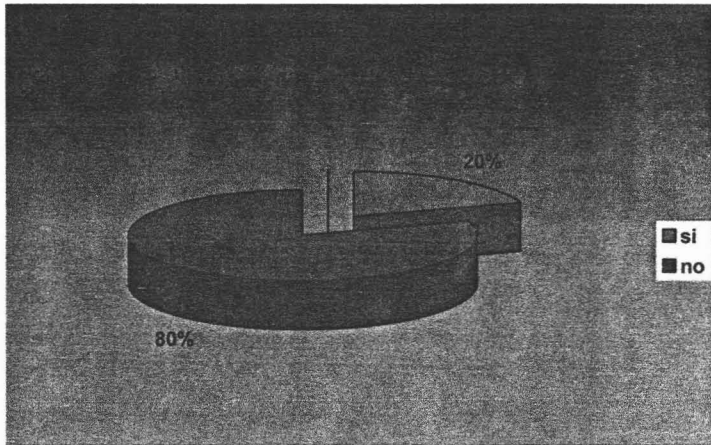
Gráfica 22



fuentes directa

Gráfica 22- El 90% de los maestros no sabe lo que es la periodontitis.

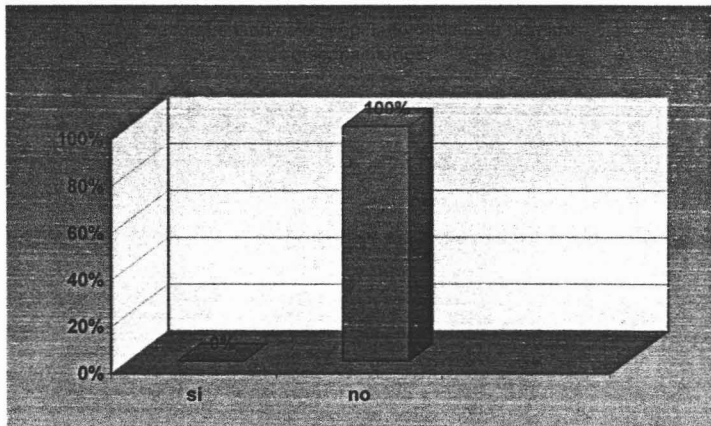
Gráfica 23



fuentes directa

Gráfica 24- El 80% de los maestros no sabe lo que es la gingivitis

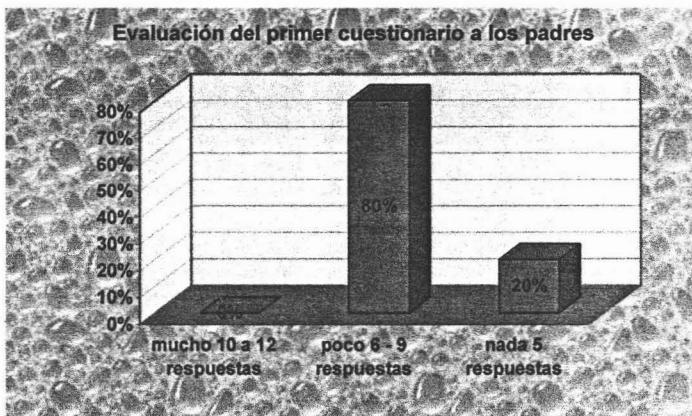
Gráfica 25



fuentes directa

Gráfica 25- El 100% no sabe que técnica de cepillado es la que debe usar con los discapacitados.

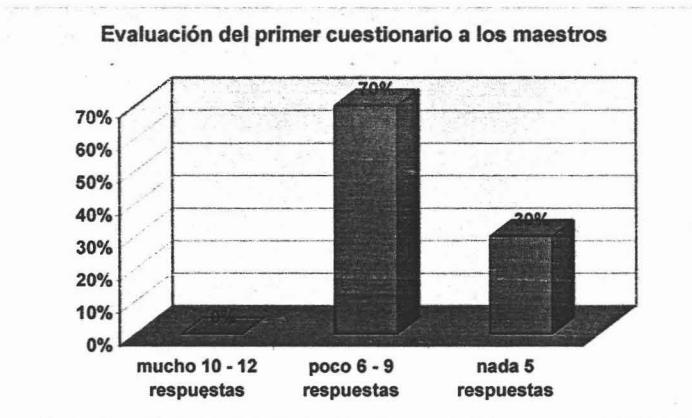
Gráfica 26



fuentes directa

Gráfica 26- En esta evaluación se observa que los padres el 80% tiene poco conocimiento sobre prevención bucal, ya que contestaron adecuadamente entre 6 y 9 preguntas, y el 20% no sabía nada.

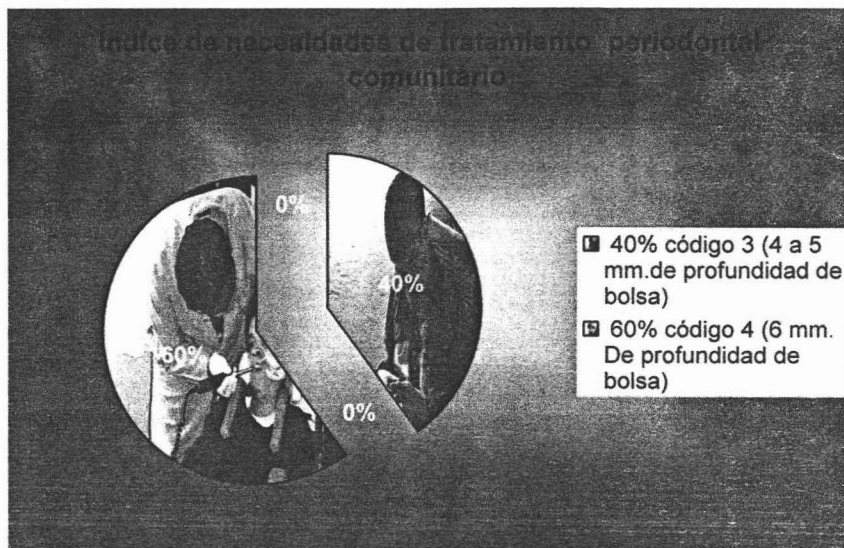
Gráfica 27



fuentes directa

Gráfica 28- En los maestros observamos que el 70% sabe poco sobre prevención bucal, por que tuvieron de 6 a 9 respuestas correctas en la encuesta y el 30% no sabía nada sobre prevención bucal.

Gráfica 29



fuentes directas

Gráfica 21- Según el índice de necesidades de tratamiento periodontal comunitario (INTPC), determinamos que el 60% de los discapacitados registro el código 4 (que son 6mm. De profundidad de bolsa), el 40% registro el código 3 (que son de 4 a 5 Mm. De profundidad de bolsa), y de acuerdo al INTPC. Estos pacientes necesitan curetajes cerrados y abiertos, pero para dar un diagnóstico adecuado necesitaríamos también un examen radiográfico y realizar nuevamente otro sondeo para confirmarlo.

Código 0 = los tejidos periodontales saludables.

Código 1 = sangrado (promoción de la salud)

Código 2 = calculo Supragingival o detección de pérdida de inserción del margen gingival (detartraje)

Código 3 = 4 o 5 mm de profundidad de la bolsa. (curetaje cerrado)

Código 4 = 6mm de profundidad patológica de la bolsa. (curetaje abierto)

8. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL A PADRES Y MAESTROS DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL INSTITUTO VIDA NUEVA. 2005

8.1 Justificación

Los padres dan más importancia a la discapacidad de sus hijos, descuidando así su salud bucal a esto se agrega la poca información que existe entre los docentes que atienden a estos pacientes, y el poco acercamiento que hay hacia los padres de estos pacientes por parte de los programas de salud.

8.2 Objetivo General

Incrementar el nivel de conocimiento sobre prevención de enfermedades y cuidado bucal de padres y maestros de discapacitados del Instituto Vida Nueva.

8.3 Objetivos Específicos

- Capacitar a los padres y maestros, en técnicas y cuidados bucales más adecuados para discapacitados.
- Orientar a los padres de familia sobre la importancia que deben de dar a la cavidad oral de su hijo.
- Conocer la importancia que le dan los padres de familia al cuidado de la cavidad bucal de sus hijos.
- Conocer la importancia que le dan los maestros al cuidado de la cavidad bucal de los alumnos.
- Determinar el grado de conocimiento que tienen padres de familia y maestros, sobre prevención bucal.
- Conocer hábitos bucodentales de discapacitados, padres y maestros
- Calcular el Índice de necesidades de tratamiento periodontal comunitario (INTPC).
- Evaluar los conocimientos que adquirieron Padres y maestros después del programa.

8.4 Contenido temático

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

8.5 Metas

- Estimular a los padres de familia para que acudan ellos mismos y sus hijos con el odontólogo.
- Fomentar en los maestros una educación bucodental

8.6 Estrategias

Se realizaran charlas y dinámicas grupales.

8.7 Límites del programa

8.7.1 De espacio

El programa se aplicara en el Instituto Vida Nueva para Personas Especiales en la colonia calvario número 131 Delegación Tlalpan código postal 14000 México DF.

8.7.2 De tiempo

Cronograma

Actividad	SEMANAS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Dar a conocer el programa, aplicar encuesta a padres, maestros y levantar el INTPC								
Dar una platica de 15 a 20 minutos sobre prevención de enf. Bucales, promoción y protección especifica de la salud bucal, como técnica de cepillado, uso de hilo dental, enjuagues, fluoruros y selladores								
Profilaxis								
Profilaxis e instrucción a maestros								
Dar platica de 15 a 20 minutos sobre gingivitis, periodontitis, etiologia, factores de riesgo y prevención								
Profilaxis y técnica de cepillado								
Segunda encuesta a padres y maestros								
Resultados								

8.7.3 Universo de acción

Alumnos del Instituto Vida Nueva A. C.

8.8 Especificación de actividades

El programa se realizó durante mes y medio, se trabajó con los discapacitados un día por semana en sesiones de 30 minutos a 60 minutos.

La primera semana: se realizó la presentación con los padres de familia, se les indico la forma en que se trabajaría con sus hijos y se explicó el diseño del programa, en que consistía, el tiempo en el que se llevaría a cabo, el material que usaríamos, la finalidad del programa, la técnica de trabajo que emplearíamos para llevarlo a cabo y lo mas importante, la forma en que ellos serían parte importante junto con los maestros, para lograr que el programa funcione, después se les dio un cuestionario a los padres de familia y a los maestros en un cuarto de clases del Instituto para que lo contestarán y conocer que tanta información sabían en cuanto a prevención bucodental, también se les dio la carta de consentimiento informado para saber si estaban de acuerdo en que su hijo participara en dicho programa, este se lo llevaron a su casa para que lo leyeran y lo entregaran a la siguiente semana.

Más adelante se realizó la primera revisión bucal en otro de los salones del Instituto, senté a los alumnos en sillas y levante el INTPC. Para esto los maestros sujetaron bien a la mayoría de los alumnos para poder sondearlos y utilice el abre bocas para tener mejor visibilidad, comencé a sondear el 16, 11, 26, 36, 31, 46, de cada uno de los alumnos, sondeando todas las caras de estos dientes anotando la mas alta de cada diente para después sacar el promedio de los seis, utilizando 10 sondas periodontales, 10 espejos, abre bocas, abatelenguas y algodones.

Segunda semana: Se realizó una platica de aproximadamente de 20 minutos sobre prevención bucal y como introducción se dio una breve explicación sobre anatomía bucal para que entendieran mejor, después se habló de técnica de cepillado, aplicación de fluor, uso de hilo dental y enjuagues bucales. Para esto se utilizaron tipodontos, rotafolios, hilo dental, porta hilo, abre bocas, y cepillo. Al final los padres y maestros me comentaron que nunca habían escuchado sobre la técnica de cepillado que se tenía que emplear. Esta plática se llevo a cabo en el patio del Instituto.

La tercera semana: se realizó profilaxis en uno de los salones de clases del Instituto, y se les mostró a los maestros la técnica que adecuada para una mejor higiene bucal, para esto senté a cada discapacitado en una silla, y con un micromotor hice la profilaxis uno por uno mostrando a los maestros la técnica de cepillado adecuada y la forma correcta de usar el abre bocas por que algunos discapacitados no abren la boca.

La cuarta semana: se observó a los maestros como cepillaban a los alumnos y se les fue corrigiendo en el momento, los cepillos que usan son los que tienen en el Instituto esto se realizó en un cuarto que tiene lavabo para que pudieran escupir, una mesa para poder colocar el micromotor y el instrumental, y una silla para sentar a cada alumno y atenderlo por separado, después que los maestros terminaron de cepillar les hice profilaxis, para reforzar el cepillado de los maestros, para esto utilicé cepillos de profilaxis, pasta abrasiva, algodón, abrebocas, abatelenguas, guantes, cubrebocas y lentes.

La quinta semana: En esta semana se les dio una plática a los padres y maestros sobre lo que son algunas enfermedades bucales como, gingivitis y periodontitis, se habló sobre la etiología, factores de riesgo y consecuencias de estas enfermedades. Si no se tratan adecuadamente, para esto utilicé carteles sobre estas enfermedades, un tipodonto grande para que vieran donde atacan éstas enfermedades, y en los carteles se observaba, los avances de estas y como se veían para que las identificaran, se les explicó del por qué era tan importante una buena técnica de cepillado y el cuidado bucodental, esta plática duró aproximadamente 15 minutos y se llevó a cabo en el patio del Instituto.

La sexta semana: los maestros llevaron a cabo el cepillado de los alumnos, utilizando abrebocas para tener mayor visibilidad, a cada uno se le supervisó y se le dieron instrucciones para que lo hicieran de una forma adecuada, utilizando en la mayoría de los casos cepillo eléctrico. Observando una mejor técnica en el uso del abrebocas y del cepillo, a algunos maestros les costó más trabajo que a otros, pero ya no tuve que corregir tanto como en los primeros días por que han practicado el cepillado toda la semana ellos solos.

La séptima semana: se realizó otro cuestionario a los padres, y a los maestros en un salón de clases, se les dio un lápiz a cada uno para que lo contestaran esto con la finalidad de saber si aprendieron algo y ver si la información que se les dio fue adecuada para mantener en óptimas condiciones la salud bucal de los niños y de ellos mismos. Después se llevo a cabo la última revisión bucal a los niños para observar la evolución de su salud bucal, esto en otro salón nada mas utilizamos espejos bucales, abatelenguas, guantes, cubrebocas y lentes.

La octava semana: se dieron los resultados al Instituto y a los padres sobre la salud bucal de los niños y sobre el conocimiento que adquirieron, tanto profesores y los padres de familia para mantener en óptimas condiciones su salud bucal. y se compararan los resultados, para saber si el programa fue adecuado, se les recordó lo importante de mantener en un estado optimo la cavidad bucal de los discapacitados y de ellos mismos.

8.9 Recursos

8.10 Recursos materiales

- Material didáctico: carteles, tipodontos, macromodelos.
- Espejos, exploradores, guantes y cubrebocas.
- Computadora, impresora, CD, cámara digital.
- Cuestionario.

8.11 Recursos humanos

- Alumnos con discapacidad intelectual del Instituto Vida Nueva.
- Padres de familia y maestros de dicha institución.
- Pasante de la carrera de C.D.
- Tutor

8.12 Recursos físicos

- Instituto Vida Nueva para personas especiales.
- Biblioteca de la Facultad de Odontología UNAM.

8.13 Recursos financieros

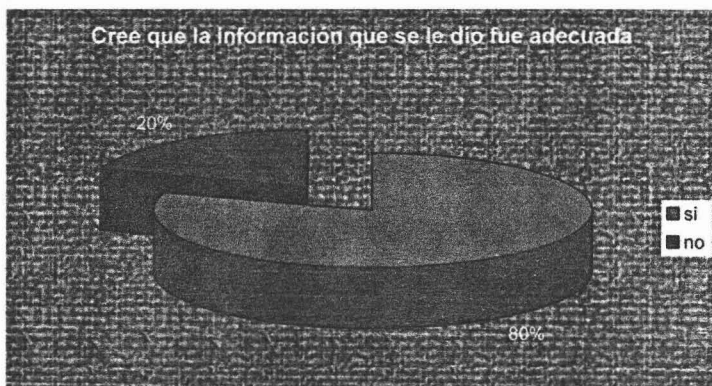
- Por cuenta del pasante de la carrera de C.D.

8.14 Evaluación

Se realizó la evaluación desde el inicio, haciendo cortes de evaluación de manera semanal, hasta la evaluación final.

Padres

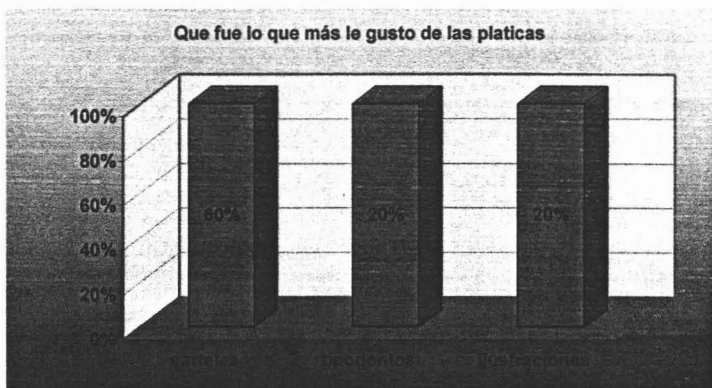
Gráfica 1



fuentes directa

Gráfica 1- Para el 80% de los padres la información que se les dio fue adecuada.

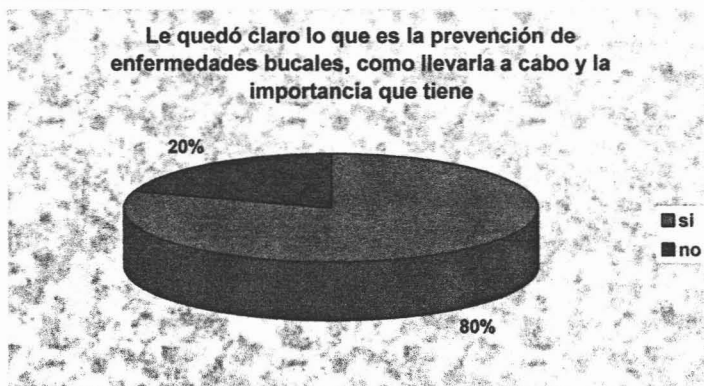
Gráfica 2



fuentes directa

Gráfica 2- Al 60% de los padres les gustaron los carteles.

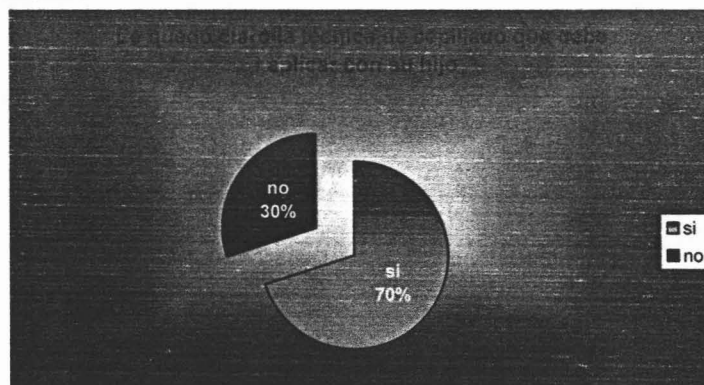
Gráfica 3



fuentes directa

Gráfica 3- Al 80% de los padres les quedó claro lo que es la prevención de enfermedades bucales, como llevarla a cabo y lo importante que es.

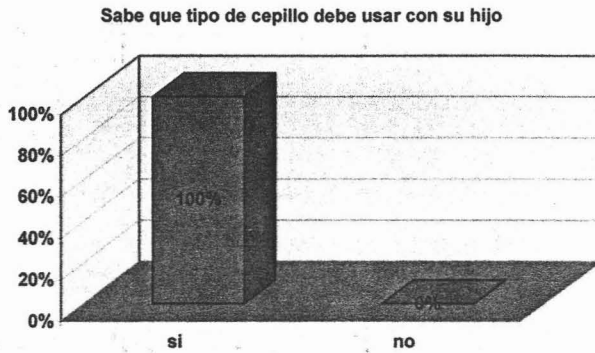
Gráfica 4



fuentes directa

Gráfica 4- El 70% de los padres sabe que técnica de cepillado debe usar con su hijo.

Gráfica 5

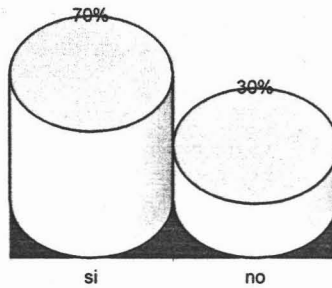


fuentes directa

Gráfica 5- El 100% de los padres sabe que cepillo debe usar con su hijo.

Gráfica 6

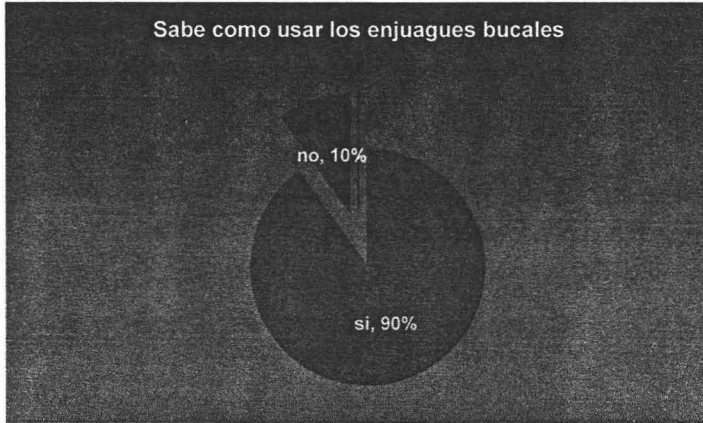
Sabe como usar el hilo dental



fuentes directa

Gráfica 6- El 70% de los padres si sabe como usar el hilo dental.

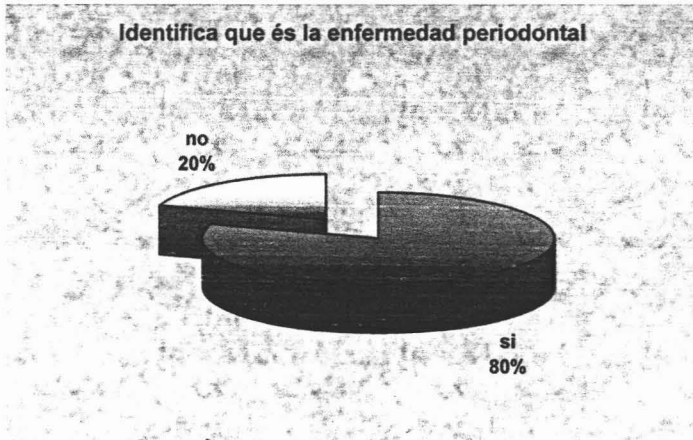
Gráfica 7



fuentes directa

Gráfica 7- En la grafica observamos que el 90% de los padres ya sabe como utilizar los enjuagues bucales.

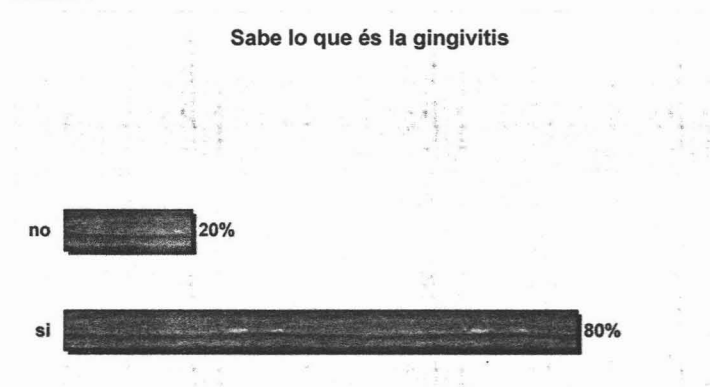
Gráfica 8



fuentes directa

Gráfica 8- El 80% de los padres identifica lo que es la enfermedad periodontal.

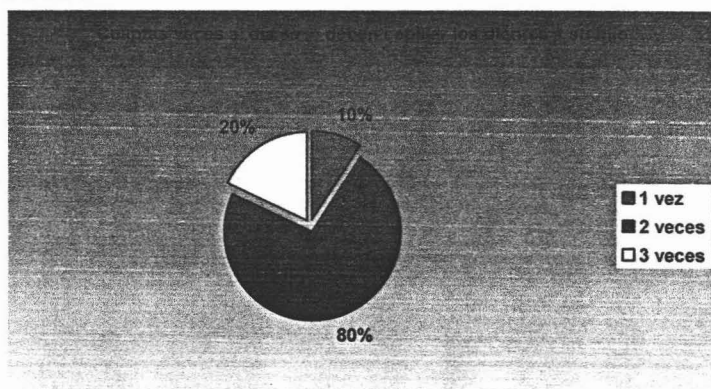
Gráfica 9



fuentes directa

Gráfica 9- 80% de los padres sabe lo que es la gingivitis.

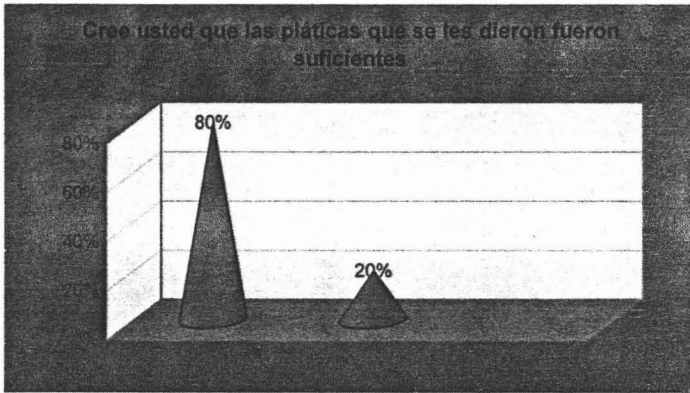
Gráfica 10



fuentes directa

Gráfica 10- Para el 80% de los padres se les deben cepillar 2 veces al día a sus hijos.

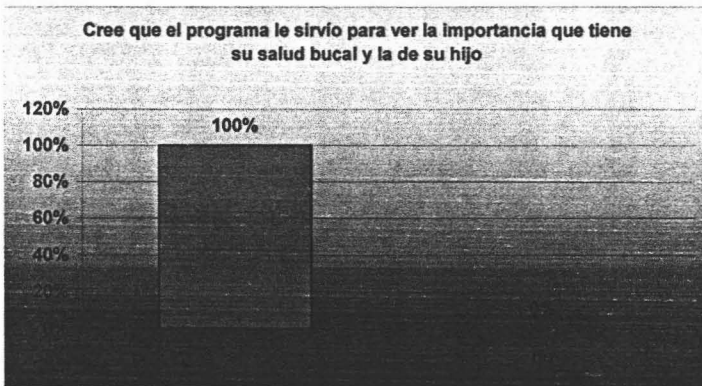
Gráfica 11



fuentes directa

Gráfica 11- El 90% de los padres creen que las pláticas fueron suficientes.

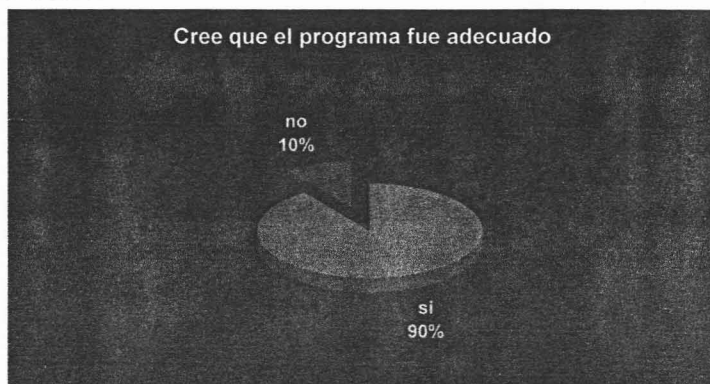
Gráfica 12



fuentes directa

Gráfica 12- El 100% de los padres creen que si les sirvió el programa para darle más importancia a su salud bucal y la de sus hijos.

Gráfica 13

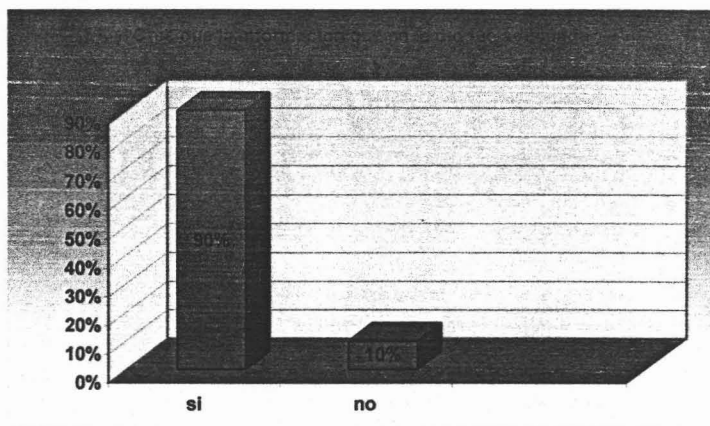


fuentes directa

Gráfica 13- Para el 90% de los padres el programa fue adecuado.

Maestros

Gráfica 14

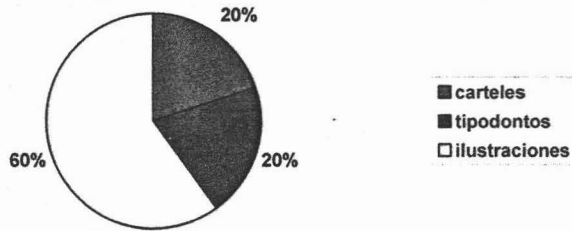


fuentes directa

Gráfica 14- El 90% de los maestros creen que la información que se les dio fue adecuada.

Gráfica 15

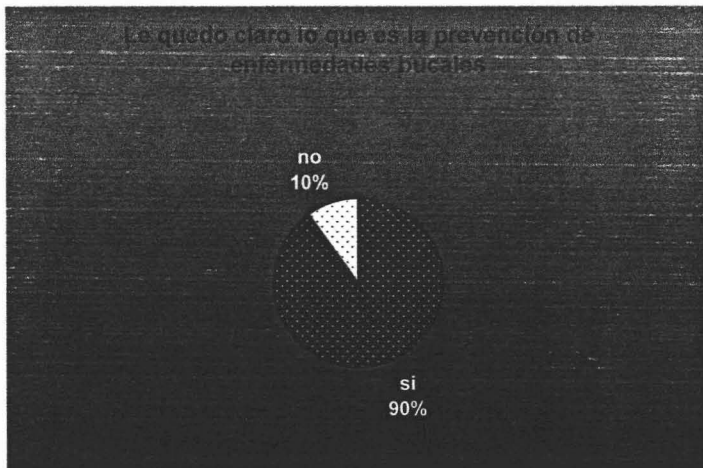
Qué fue lo que más le gustó de las pláticas



fFuente directa

Gráfica 15- Al 60% de los maestros les gustaron más las ilustraciones.

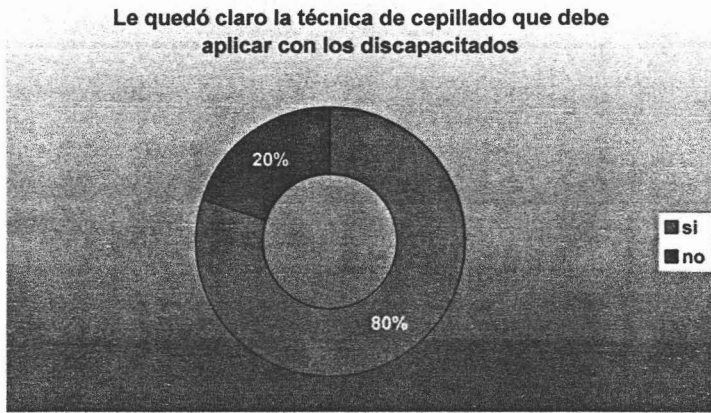
Gráfica 16



fFuente directa

Gráfica 16- Para el 90% de los maestros les quedó claro lo que es la prevención de enfermedades bucales.

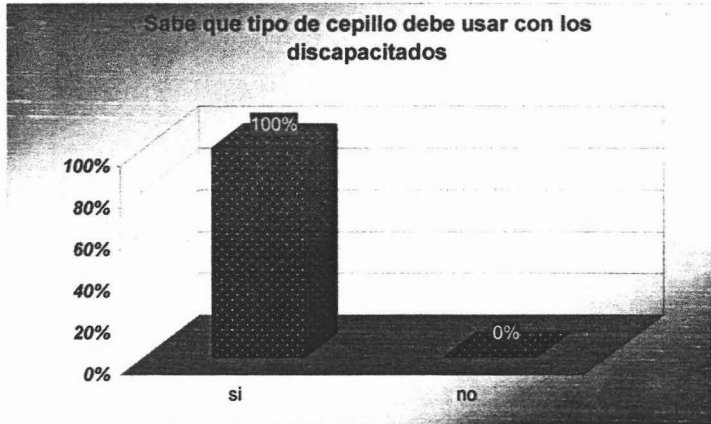
Gráfica 17



fuentes directa

Gráfica 16- El 80% de los maestros saben que técnica de cepillado debe usar con los discapacitados.

Gráfica 18

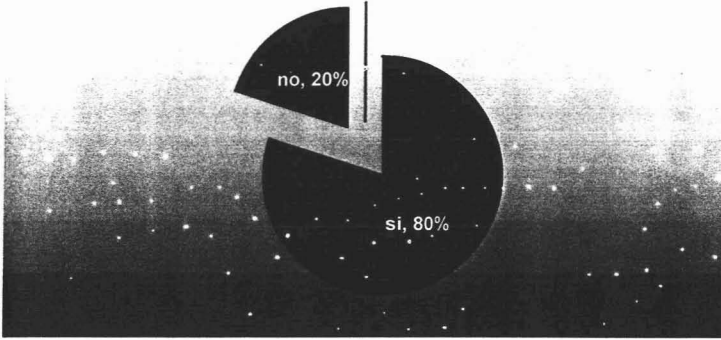


fuentes directa

Gráfica 18- El 100% de los maestros saben que tipo de cepillo deben usar con los discapacitados.

Gráfica 19

Sabe como usar los enjuagues bucales

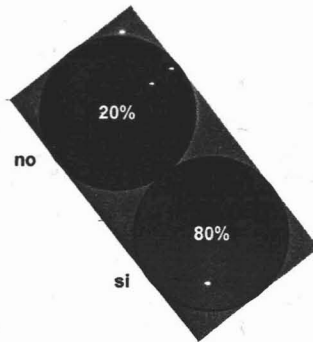


fuentes directa

Gráfica 19- En la gráfica observamos que el 80% de los maestros ya sabe como utilizar el enjuague bucal.

Gráfica 20

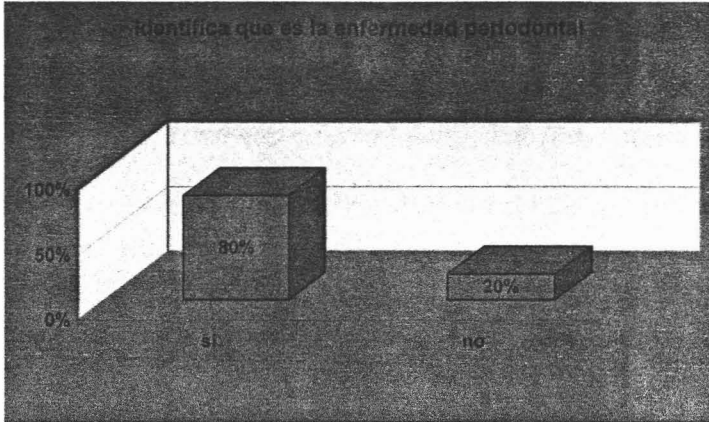
Sabe como usar el hilo dental



fuentes directa

Gráfica 20- El 80% de los maestros si saben como utilizar el hilo dental.

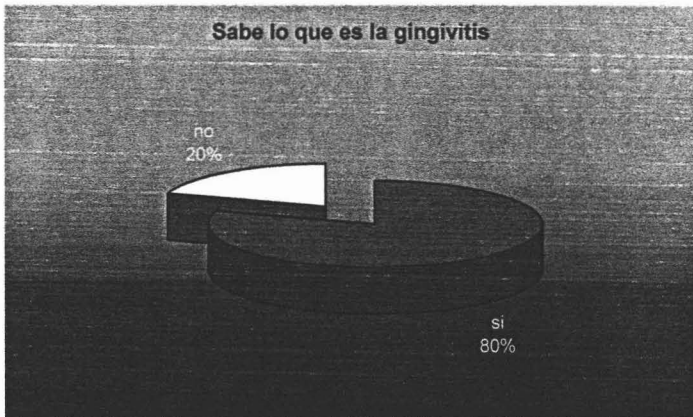
Gráfica 21



fuentes directa

Gráfica 21- El 80% de los maestros si identifica lo que es la enfermedad periodontal.

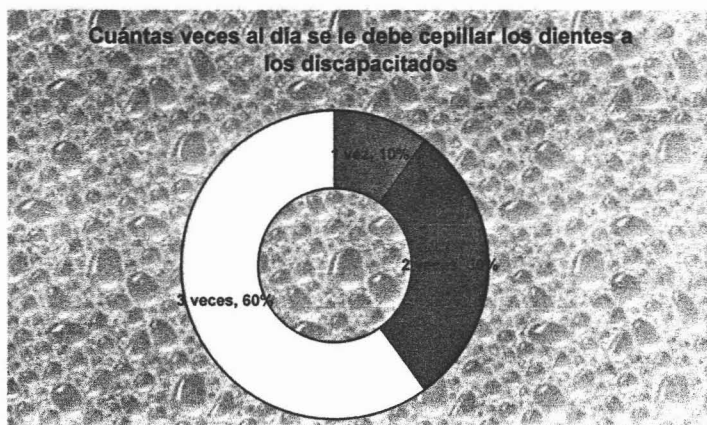
Gráfica 22



fuentes directa

Gráfica 22- El 80% de los maestros si sabe lo que es la gingivitis..

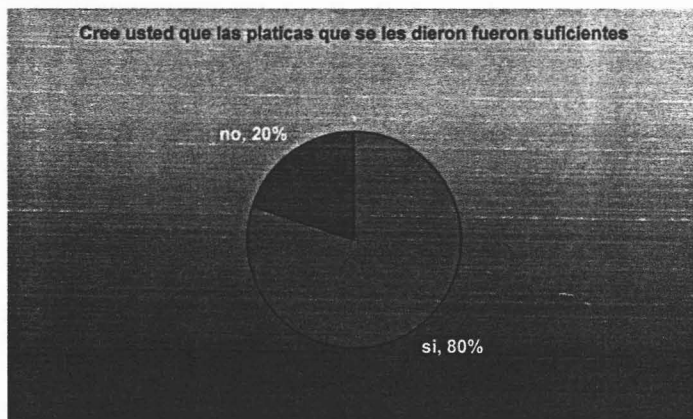
Gráfica 23



fuentes directa

Gráfica 23- 60% de los maestros creen que 3 veces al día se le deben cepillar los dientes a los discapacitados.

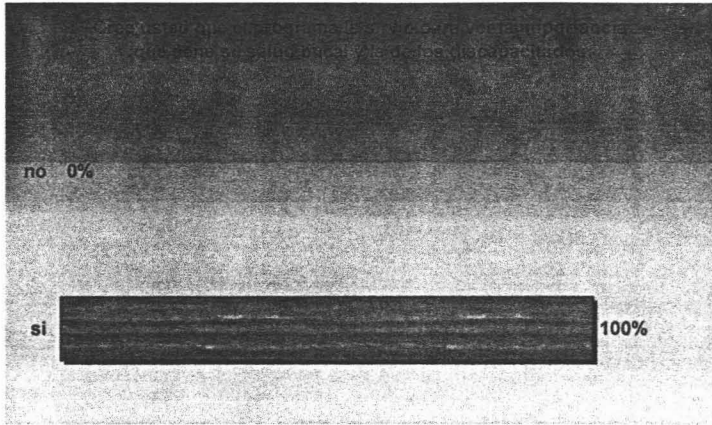
Gráfica 24



fuentes directa

Gráfica 24- El 80% de los maestros creen que si fueron suficientes las pláticas que se les dieron.

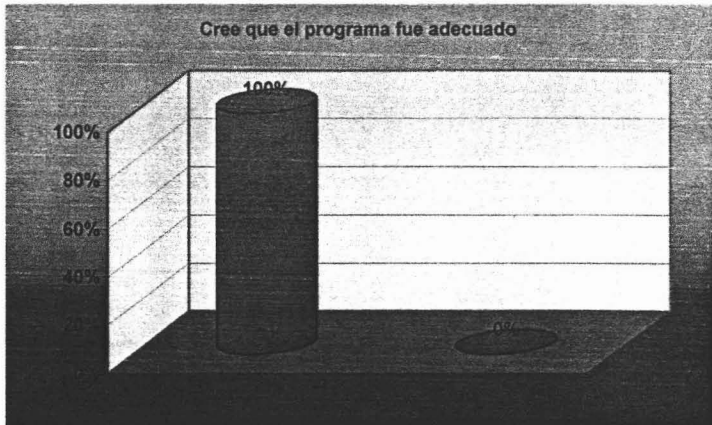
Gráfica 25



fuentes directa

Gráfica 25- Al 100% de los maestros les sirvió el programa para darle más importancia a la salud bucal de los discapacitados y la de ellos también.

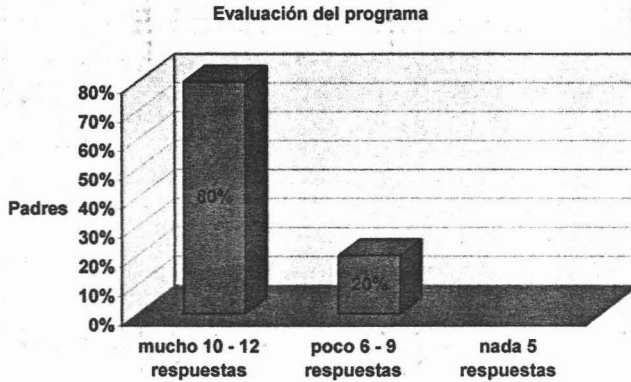
Gráfica 26



fuentes directa

Gráfica 26- Para el 100% de los maestros el programa que se llevo a cabo fue adecuado.

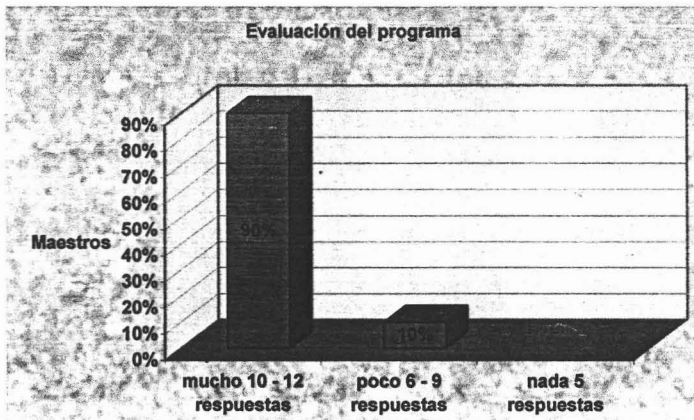
Gráfica 27



fuentes directa

Gráfica 27- En la evaluación final observamos que el 80% de los padres adquirió mucho conocimiento después del programa, ya que contestaron positivamente de 10 a 12 respuestas del cuestionario de evaluación y el 20% aprendió poco.

Gráfica 28



fuentes directa

Gráfica 28- En la evaluación final de los maestros, observamos que el 90% adquirió mucho conocimiento, después del programa por que contestaron positivamente de 10 a 12 preguntas de la encuesta de evaluación y el 10% aprendió poco.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

9. Conclusiones

Existe interés por parte de los padres y maestros, pero no cuentan con la información suficiente para ayudar a los discapacitados en sus necesidades bucales, ya que en el tiempo en que conviví con esta población, observe que por su condición dependen de otras personas para su cuidado bucal por lo que note una deficiente higiene bucal.

- a) Antes de incidir en los conocimientos de padres y maestros con el programa, el 90 % de los padres no sabía que técnica de cepillado usar con su hijo, después del programa el 70% aplicaba la técnica de cepillado en la que se capacito.
- b) El total de los maestros, no sabían que técnica de cepillado usar con los discapacitados, después del programa el 80% ya dominaba y aplicaba la técnica que debían utilizar.
- c) Los padres ignoraban que tipo de cepillo era el más adecuado, para su hijo, después del programa el 90% adquirió el cepillo con las características mencionadas en el programa (cepillo eléctrico).
- d) Solo el 10 % de los padres y el 20% de los maestros sabían utilizar el hilo dental, después del programa el 80% de los padres y el 80% de maestros, ya utilizan el hilo dental en su cuidado bucal regular y en el de los discapacitados.
- e) En un inicio los padres y maestros no utilizaban el enjuague bucal en los discapacitados, ya que por su condición, se tragaban el liquido, por lo que se les mostró una forma de usar los enjuagues sin que se lo pasaran, esta consistió en colocar un poco del enjuague en el cepillo, o colocar un poco en un hisopo y así limpiar la cavidad bucal, sin problema de que se lo pasaran, después del programa. tanto padres y maestros ya aplicaban el enjuague bucal a los discapacitados.
- f) En su totalidad padres y maestros, no tenían conocimiento sobre enfermedades bucales como gingivitis, periodontitis y las secuelas que pueden causar si no se tratan adecuadamente, después del programa se logro ampliar el conocimiento de padres y maestros sobre lo que son estas enfermedades, y la importancia de prevenirlas y tratarlas.

10. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Revista Dentista y paciente, Vol. 2 no. 8, febrero 1999, pg. 15.
- 2.- Enfermería psiquiátrica Karen Lee Fountaine, RN, MSN Edit. Mc-Graw-Hill, 1era edición. 2000, PG. 599.
- 3.- La ética ante el trabajo del deficiente mental, Pérez Marín Juan, Edit. Sal Térrea, 1era edición, 1998, pg. 25.
- 4.- Deficiencia mental, aspectos psicoevolutivos y educativos, Molina García santiago, 2da. Edición, 1999, edit, Aljibe, pgs. 57-175.
- 5.- Retraso mental la nueva perspectiva, P. Ingalls Robert, Edit. El manual moderno, 1era. Edición, 1982, Pgs. 135-136.
- 6.- Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Adaptación y crecimiento, Schoen Jonson Bárbara, Edit. McGraw-Hill 4ta edición año 2000 PG. 737.
- 7.- Enfermería psiquiátrica y salud mental, Laurie Crawford Annie, edit. el manual moderno, 6ta. Edición, 1999, Mexico, pgs. 117-123.
- 8.- Compendio de psiquiatria, I. Kaplan Harold, edit. Salvat, 2da. Edición, 2001, Barcelona, pg. 297-301.
- 9.-Manueal de la Enfermera moderna, Hauser Hans, edit. Nueva comunicación, 1era. Edición, 1999, Mexico, pgs. 124-126.
- 10.- Tratado de enfermería, L. Price Alice, edit. Interamericana, 3era. Edición, 2000, Philadelphia, pgs. 457- 465.
- 11.- http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_3_01/est06301.htm.
- 12.- Odontología para el paciente impedido, J. Nowak Arthur, edit. Mundi, 1era edición 1979, pgs. 197-199.
- 13.- Clinical practice of the dental hygienist, Wilkins M. Esther, Edit. Williams y Wilkins, 7a edición, Baltimore, pgs. 287-308.

11. ANEXOS

Anexo 1



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA JAFATURA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

AVI
MEXICP

PROFRA. MARICELA LAVIN DE OCEGUERA
DIRECTORA DE LA ESCUELA VIDA NUEVA, A. C.
P R E S E N T E

Por medio de la presente, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su autorización, para que el pasante Buenrostro Álvarez Héctor Jorge lleve a cabo un programa de Educación para la salud bucal, dirigido a los adultos con discapacidades diferentes, de la Institución que usted tan dignamente dirige.

Los resultados obtenidos en este programa servirán como trabajo de tesis del pasante antes mencionado, los beneficiarios directos de este programa, son las personas de dicha institución, quienes mejorarán su salud oral y por ende su calidad de vida.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

Ciudad Universitaria, D.F., a 14 de septiembre del 2005

C.D. Ma. Elena Nieto Cruz
COORDINADORA

**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: _____

Encuesta

1. ¿Usted visita regularmente al Dentista? sí no
2. ¿Considera importante la salud bucal de su hijo sí no
¿Por que? _____

3. ¿Cuándo fue la última vez que lo llevo al Dentista?

Hace 1 año	6 meses	nunca
------------	---------	-------

4. ¿Sabe como usar el hilo dental? sí no

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

6. ¿Sabe que tipo de cepillo deben usar los discapacitados? sí no

7. ¿Sabe como usar los enjuagues bucales? sí no

8. ¿A parte del cepillado conoce otro tipo de cuidado bucodental?
sí no

9. ¿Le gustaría que se le enseñara como mantener en buenas condiciones la higiene bucal de su hijo? sí no

10. ¿Sabe que es la enfermedad periodontal? sí no

11. ¿Sabe que es la gingivitis? sí no

12. ¿Sabe que técnica de cepillado debe usar con su hijo? sí no

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

SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Maestros

Nombre. _____

Encuesta

- | | | | |
|-----------------|---|----|----|
| 1 | ¿Usted visita regularmente al Dentista? | sí | no |
| 2 | ¿Considera importante la salud bucal de los alumnos? | sí | no |
| ¿Por que? _____ | | | |
| <hr/> | | | |
| 3. | ¿Cuándo fue la última vez que fue al Dentista? | | |
| | Hace 1 año 6 meses nunca | | |
| 4. | ¿Sabe como usar el hilo dental? | sí | no |
| 5. | ¿Cuántas veces se le cepillan los dientes a los alumnos? | | |
| | 1 2 3 ninguna | | |
| 6. | ¿Sabe que tipo de cepillo deben usar los discapacitados? | sí | no |
| 7. | ¿Sabe como usar los enjuagues bucales? | | |
| 8. | ¿A parte del cepillado conoce otro tipo de cuidado bucodental? | sí | no |
| 9. | ¿Le gustaría que se le enseñara como mantener en buenas condiciones la higiene bucal de los discapacitados? | sí | no |
| | sí no | | |
| 10. | ¿Sabe que es la enfermedad periodontal.? | | |
| | | sí | no |
| 11. | ¿Sabe que es gingivitis.? | | |
| | | sí | no |
| 12. | ¿Sabe que técnica de cepillado debe usar con los discapacitados? | | |
| | | sí | no |

Examen Clínico

Identificación: _____

Examinador: _____

Fecha: _____

Nombre _____

Edad _____

Fecha de nacimiento _____

sexo _____ 01 Masculino 02 femenino

01 leve 02 moderado 03 grave 04 profundo _____

Índice de necesidades de tratamiento periodontal comunitario

INTPC

16	11	26
46	31	36

promedio

Códigos

- 0) Tejido periodontal saludable
- 1) Sangrado
- 2) Calculo supragingival o detección de pérdida de inserción del margen gingival
- 3) 4 o 5mm de profundidad de la bolsa
- 4) 6mm de profundidad patológica de la bolsa

- 1 Sextante pacientes promoción de la salud
- 1 a 2 sextantes con puntaje de 1,2, pacientes para detartraje
- 3 a 4 sextantes con puntaje 1,2,3 o 4, cirugías menores (cerrado)
- 5 a 6 sextantes con puntaje de 1,2,3,4,5,6 cirugía (abierto)

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

SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PADRES DE FAMILIA

Datos personales

Nombre. _____ **edad** _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Nombre de su hijo: _____

Encuesta

1. ¿Cree que la información que se le dió fue adecuada? sí no
2. ¿Qué fue lo que mas le gusto de las platicas?
1) carteles 2) tipodontos 3) ilustraciones
3. ¿Le Quedo claro lo que es la prevención de enfermedades bucales? sí no
4. ¿Le quedo claro la técnica de cepillado que debe aplicar con su hijo? sí no
5. ¿Sabe que tipo de cepillo debe usar con su hijo? sí no
6. ¿Sabe como usar el hilo dental? sí no
7. ¿Sabe como usar los enjuagues bucales? sí no
8. ¿Identifica que es la enfermedad periodontal? sí no
9. ¿Sabe lo que es la gingivitis? sí no
10. ¿Cuántas veces al día se le debe cepillar los dientes a su hijo?
1 2 3 ninguna
11. ¿Cree usted que las platicas que se les dieron fueron suficientes? sí no
12. ¿Cree que el programa le sirvió para ver la importancia que tiene su salud bucal y la de su hijo? sí no
13. ¿Cree que el programa fue adecuado? sí no

Comentarios

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

SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Maestros

Nombre. _____
Encuesta _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Cree que la información que se le dió fue adecuada? | si | no |
| 2. ¿Qué fue lo que mas le gusto de las platicas?
1) carteles 2) tipodontos 3) ilustraciones | | |
| 3. ¿le Quedo claro lo que es la prevención de enfermedades bucales? | si | no |
| 4. ¿le quedo claro la técnica de cepillado que debe aplicar con los discapacitados? | si | no |
| 5. ¿Sabe que tipo de cepillo deben usar los discapacitados? | si | no |
| 6. ¿Sabe como usar el hilo dental? | si | no |
| 7. ¿Sabe como usar los enjuagues bucales? | si | no |
| 8. ¿Identifica que es la enfermedad periodontal? | si | no |
| 9. ¿Sabe lo que es la gingivitis? | si | no |
| 10. ¿Cuántas veces al día se le debe cepillar los dientes a los alumnos?
1 2 3 ninguna | | |
| 11. ¿Cree usted que las platicas que se les dieron fueron suficientes? | si | no |
| 12. ¿Cree que el programa le sirvió para ver la importancia que tiene su salud bucal y la de los discapacitados? | si | no |
| 13. ¿Cree que el programa fue adecuado? | si | no |

Comentarios
