



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD “CASA
NUESTRA SEÑORA DE LA CONSOLACIÓN IAP”, 2017.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ROSA LILIA HERNÁNDEZ BENÍTEZ

TUTORA: Mtra. ELIZABETH DIANA MOEDANO ORTÍZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

“Diseño de un programa de educación para la salud en niños con discapacidad”.

Este trabajo fue realizado en la casa-hogar “Hogar Nuestra Señora de la Consolación para niños incurables IAP” del año 2017.

Dirigido por la Mtra. Elizabeth Diana Moedano Ortíz, profesora de la Facultad de Odontología de la UNAM, a quien agradezco su amabilidad, apoyo y guía para realizar dicho trabajo, así como a la dra. María Guadalupe Haro Romero quien me apoyo dentro de esta casa-hogar.

A mis padres, profesores (as), familiares y amigos (as) que con su educación, apoyo y cariño me motivaron a concluir con mis estudios profesionales a todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN -----	5
II. ANTECEDENTES -----	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	7
IV. JUSTIFICACIÓN -----	9
V. HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD -----	9
5.1.- Contexto Estadístico de personas con discapacidad -----	12
5.2.- Convención Internacional para los derechos de los Discapacitados	13
5.3.- Discapacidad -----	19
5.4.- Tipos ó clasificación	
Psicosocial -----	19
Sensitiva -----	19
Sensorial -----	20
Cognitiva -----	20
6.- Parálisis Cerebral	
6.1.- Definición -----	20
6.2.- Clasificación -----	20
6.3.- Etiología -----	21
6.4.- Signos y síntomas -----	21
6.5.- Diagnóstico -----	22
6.6.- Tratamiento -----	23
7.- Retraso Mental	
7.1.- Definición -----	24
7.2.- Clasificación -----	24
7.3.- Etiología -----	25
7.4.- Signos y síntomas -----	25
7.5.- Diagnóstico -----	28
7.6.- Tratamiento -----	28

8.	Síndrome de Down	
8.1.-	Definición -----	29
8.2.-	Etiología -----	29
8.3.-	Signos y síntomas -----	30
8.4.-	Diagnóstico -----	30
8.5.-	Tratamiento -----	31
IX.	OBJETIVOS	
	General -----	31
	Específicos -----	31
X.	METAS -----	31
XI.	MATERIAL Y MÉTODOS -----	32
XII.	TIPO DE ESTUDIO -----	32
XIII.	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA -----	32
13.1.-	Cronograma de actividades -----	32
XIV.	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN -----	33
XV.	RECURSOS -----	34
XVI.	ASPECTOS ÉTICOS -----	35
XVII.	RESULTADOS -----	36
XVIII.	CONCLUSIONES -----	41
XIX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	43
XX.	ANEXO -----	46

I. INTRODUCCIÓN

Los niños con discapacidad física o psíquica van a presentar un mayor riesgo de poder desarrollar diferentes problemas relacionados con la salud bucal. Estos problemas van a generarse por factores de riesgo intrínsecos así como de factores de riesgo externos.

Lo que les hace ser dependientes de terceras personas para poder llevar a cabo una correcta limpieza de las diferentes estructuras bucales.

Con el propósito de elaborar un programa de salud bucal, para los niños con discapacidad se realizó un censo en la “Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP” desde Agosto a Octubre del 2017, para conocer el estado de salud de los 54 niños que ahí residen en donde pudimos obtener una muestra de 5 niños con discapacidad funcional e independientes del total de la población, estos niños oscilan entre una edad de 8 a 57 años físicamente.

Dicho censo se realizó para conocer las necesidades de la población y de esta manera diseñar un programa de educación para la salud acorde a su necesidades por edad, discapacidad y funcionalidad.

Dicho trabajo se realizó durante 2 meses un día a la semana donde pudimos observar que la mayoría de la población padece algún tipo de discapacidades como, Retraso Mental Profundo, Parálisis Cerebral y Síndrome de Down.

Siendo el de mayor porcentaje el Retraso Mental Profundo con 42% de los niños de la “Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP”.

II. ANTECEDENTES:

El hogar se fundó en el año de 1954 gracias al Sr. Eduardo del Valle y Talavera, con el fin de ayuda a niños discapacitados huérfanos o de padres indigentes quienes no podrían atenderlos debido a sus escasos recursos.

En el año de 1977, el Hogar se constituye como una Institución de Asistencia Privada de fundadores colombianos. Desde entonces ha contribuido con los gobiernos para brindar asistencia social a personas con discapacidades múltiples.

Su misión es atender de manera integral a personas con discapacidad múltiple, de género masculino en estado de abandono, cubriendo sus necesidades básicas y específicas, brindándoles una mejor calidad de vida.

Su visión es ser una Institución sostenible y de excelencia en la atención a personas que presentan discapacidad.

Proporcionando servicios profesionales con calidad y calidez humana, como alimentación, vestido, hospedaje, atención médica y dental, rehabilitación física, educación especial y recreación todo con mucho cariño

que permitan la inclusión social. ⁽¹⁴⁾



Fuente: www.hogardelaconsolacion.iap.org.mx

La casa hogar brinda con servicios profesionales así como alimentación, vestido y hospedaje.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Reportes de la Organización Mundial de la salud (OMS), menciona que más de mil millones de personas, aproximadamente 15% de la población mundial vive con alguna discapacidad.

En México, resultados del Censo General de Población y Vivienda 2010 reportan que hay 4,527 784 personas con algún tipo de discapacidad, es decir un 4% de la población total del país.

La incidencia de Parálisis Cerebral, reportó el Dr. Enrique Romero Velarde, pediatra mexicano, que es de seis casos de parálisis cerebral por cada mil nacidos vivos, mientras que el retraso mental afecta aproximadamente al 1% de la población, y sólo encuentran una razón específica en aproximadamente el 25% de la población.⁽¹⁶⁾

El **retraso mental leve** se considera equivalente a la categoría pedagógica de “educable”. Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85%) de todos los afectados con este trastorno del área de psiquiatría infantil y de la adolescencia, **el retraso mental moderado** en el área de psiquiatría infantil, equivale a la categoría pedagógica de “adiestrable”. Este grupo constituye alrededor del 10% de toda la población con retraso mental, el grupo de personas con retraso **mental grave** incluye el 3 al 4% de los individuos con retraso mental.

El retraso **mental profundo** afecta aproximadamente el 1 al 2% de las personas con retraso mental, en psiquiatría infantil. La mayoría presenta una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental.
(13)

La incidencia del Síndrome de Down es de 1 niño por cada 800 nacidos vivos. Madrigal Muñoz.⁽¹⁵⁾

Por esta razón me interesaría conocer y a la vez poder ayudar en el cuidado de su salud bucal de este tipo de población, puesto que van a presentar mayores problemas ya que no cuentan con una independencia absoluta para realizar sus labores de higiene y cuidado personal.

La “Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP”, 2017 es una casa-hogar para personas de género masculino con discapacidad, se encuentra en la Ciudad de México y cuenta con múltiples servicios cubriendo sus necesidades básicas y específicas, brindándoles una mejor calidad de vida.

Importancia de la salud dental:

Actualmente se le resta importancia al factor dietético en la etiología de la caries dental, a favor de la promoción de una higiene y aporte de flúor adecuados.

Hay que tener en cuenta que, en los niños de corta edad, con frecuencia la higiene y el aporte de flúor no son adecuados y/o suficientes y por ello, es en esta fase del desarrollo dental en el que parecen cobrar más importancia los hábitos dietéticos en la tarea de prevenir la aparición de la caries dental.

Algo parecido ocurre en las personas mayores, en los que se añade la disminución de la secreción salival, secundariamente a la plurimedicación que a la edad propiamente dicho.⁽²⁾

La dieta no sólo es importante para su salud general, sino también para su salud bucal. Si no se sigue una dieta adecuada, es más probable que desarrollemos caries dental y enfermedades de las encías. Esto es aplicable a cualquier etapa de la vida, en el caso de los niños, por ejemplo, la adquisición de unos hábitos alimentarios es fundamental para prevenir la aparición de caries entre otras cosas. Factores socioeconómicos e incluso la obesidad son señalados como factores de riesgo para el desarrollo de caries dental.

El estado de salud bucal se asocia de forma significativa al estado nutricional pudiendo determinar aparición más elevada de caries dental, mayor prevalencia de gingivitis en los niños e incremento de la frecuencia de maloclusiones.⁽²⁾

¿Será posible conocer el estado de salud integral de cada niño con discapacidad y así poder ayudarlos en el cuidado de su salud oral?

IV. JUSTIFICACIÓN:

La discapacidad física o mental limita las actividades de la vida diaria, por lo que podría estar aumentando las enfermedades bucales como: caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones, halitosis entre otras por lo que se ve la necesidad de diseñar un programa de educación para la salud bucal en este tipo de población con discapacidad en específico a la "Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP", 2017 creando un rincón para su salud bucal y de esta manera motivar a los niños a su autocuidado en la medida de sus capacidades y posibilidades.⁽¹⁾

V. HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD.

A modo de inicio, dos ejemplos son importantes mencionar durante la época de florecimiento de las primeras civilizaciones: los espartanos de la antigua Grecia, arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas con discapacidad, pues no querían que "en su bella y floreciente civilización" existieran personas diferentes y en Grecia del siglo IV A.C. el eminente filósofo Aristóteles trató de interpretar algunas desviaciones. Existen registros de estudios de las diferencias físicas y mentales realizados por Diógenes, Hipócrates y Galeno quienes estudiaron la epilepsia, la demencia, entre otras formas atípicas.

En las antiguas culturas primitivas se abandonaba y dejaba morir a los niños deformes o discapacitados. En algunas sociedades de la

Antigüedad, el destino de las personas con discapacidad era la muerte. . Era normal el infanticidio cuando se observaban anomalías en los niños y niñas. Si eran adultos se los apartaba de la comunidad: se los consideraba incapaces de sobrevivir una existencia acorde con las exigencias sociales establecidas. ⁽²²⁾

Se caracterizó la época por la fuerza física, por lo tanto una persona con limitación física era considerada poseída o inservible.

Grecia: En su culto a la belleza y a la perfección física a los discapacitados los expulsaban de las ciudades o los exterminaban.

En Atenas, comienzan a crearse lugares saludables, por su clima o sus aguas, para la estancia de enfermos o convalecientes.

Esparta: Por su carácter ofensivo, no permitía miembros no válidos. Los lanzaban desde un monte. Esto cambió tras la reforma de Pericles (499-429) D.C se comienzan a atender en Centros Asistenciales.

Asia: Los abandonaban en el desierto y los bosques.

India: Los abandonaban en la selva y los echaban en un lugar llamado Sagrado Ganges

La representación más habitual del dios Horus era en forma de un niño débil y poco desarrollado situado sobre las rodillas de Isis, su madre. También se conserva una fractura de extremidad inferior, con una ingeniosa férula inmovilizadora, hallada en una momia de la V dinastía (unos dos mil quinientos años a. A. C.), lo que indica el buen desarrollo de la Medicina egipcia.

Hebreos: Los antiguos Hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado. Dieron un tratamiento diferente a las personas con limitaciones, podían participar en los asuntos religiosos, el Judaísmo precursor del cristianismo al elevar la dignidad de la persona humana, hizo que se convirtiera en deber la atención a las personas con discapacidad. Constantino creó instituciones: los Nosocomios una especie de hospital donde se brindaba, techo, comida y ayuda espiritual.

Los hebreos parece que trataban bien a sus discapacitados, considerándolos como verdaderos hombres y, por tanto, hechos a imagen y semejanza de Dios. ⁽²³⁾

Los Indios Masai asesinaban a sus niños discapacitados.

Los Semang de Malasia empleaban a sus lisiados como hombres sabios.

De los mayas sabemos que poseían una gran bondad de costumbres.

Respetaban y querían a los ancianos y les eran especialmente gratos los enanos y los seres deformes.

Hecho importante en esta etapa lo constituye la aparición del Cristianismo, que, en principio, consigue la integración fraternal de todos los hombres en una sola comunidad. Esto da origen a la creación de instituciones para la atención del discapacitado, que culminan con los “nosocomios” del emperador Constantino. Puede decirse que esta época constituye un oasis de bienestar en la odisea del discapacitado.

En las culturas antiguas predominaba el enfoque mágico-religioso, se creía que la discapacidad se debía a la intervención de poderes sobrehumanos que ponían a prueba o castigaban a esas personas por algún motivo para nosotros desconocidos.

Esta idea llevaba a culpabilizar a estas personas y en muchos casos a sus familias, siendo objeto de rechazo e incluso llegando a causarles la muerte.

A partir del Siglo XV, se pasó a un enfoque técnico y secularizado, se hablaba de la discapacidad como una enfermedad que requería tratamiento, por lo que se pasó al internamiento masivo en manicomios, que buscaban la cura de estos pacientes.

A Finales del S. XIX y II Guerra Mundial, pasamos a un enfoque médico y asistencial, con una atención educativo-asistencial.

Se crean centros especiales de forma que estas personas dejan de formar parte de la sociedad, creando además una dependencia con respecto a esas instituciones.⁽²³⁾

Segunda mitad del S. XX, el movimiento asociativo se hace más fuerte, tanto las personas con discapacidad como sus familias defienden sus derechos, así como la inclusión y normalización tanto escolar como laboral.

Actualmente, seguimos avanzando en la línea de lo conseguido a lo largo de todo este tiempo, las personas con discapacidad son, ante todo, personas, todos tenemos limitaciones y todos necesitamos apoyo en distintos momentos y circunstancias de nuestras vidas.

Como podemos comprobar, los conceptos y la imagen de la discapacidad nos ha llevado a una u otra forma de ver y tratar a las personas con discapacidad, por lo tanto la forma en que hablamos en realidad “son más que palabras”, porque el lenguaje es el reflejo de lo que pasa en el día a día con estas personas. ⁽⁷⁻¹²⁾

5.1.- CONTEXTO ESTADÍSTICO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

DATOS NACIONALES (INEGI)

- En 2014 la prevalencia de la discapacidad en México era de 6%.
- Las dificultades para caminar y para ver son las más reportadas entre las personas con discapacidad.
- Los principales detonantes de discapacidad en el país son las enfermedades (41.3%) y la edad avanzada (33.1%)
- 23.1% de la población con discapacidad de 15 años y más no cuentan con algún nivel de escolaridad.

- De la población con discapacidad, 83.3% es derechohabiente o está afiliada a servicios de salud.

- Las personas con dificultades para ver son las que más asisten a la escuela (42.4%) entre la población con discapacidad de la población de 3 a 29 años.

- Participa en actividades económicas 39.1% de la población con discapacidad de 15 años y más frente a 64.7% de su contraparte sin discapacidad. ⁽⁵⁾

5.2.- CONVENCIÓN INTERNACIONAL PARA LOS DERECHOS DE LOS DISCAPACITADOS.

a) Recordando los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.

b) Reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole.

c) Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación.

d) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

- e) Reconociendo la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional destinados a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad.

- f) Destacando la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible.

- g) Reconociendo también que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano.

- h) Reconociendo además la diversidad de las personas con discapacidad.

- i) Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso.

- j) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo.

k) Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo.

l) Reconociendo el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza.

m) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones.

n) Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente.

o) Preocupados por la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación por

r motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico, indígena o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición.

p) Reconociendo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación.

q) Reconociendo también que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño.

r) Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad.

s) Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad.

t) Teniendo presente que, para lograr la plena protección de las personas con discapacidad, en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera, es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y se respeten los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos.

u) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

v) Conscientes de que las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos.

w) Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones.

x) Convencidos de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

Conviene en lo siguiente:

Artículo 1. Propósito

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación

plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 2. Definiciones

A los fines de la presente Convención:

La “comunicación” incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso.

Artículo 3. Principios generales:

Los principios de la presente Convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- b) La no discriminación.
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
- e) La igualdad de oportunidades.
- f) La accesibilidad.
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer.
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Artículo 32. Cooperación internacional

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones

internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Entre esas medidas cabría incluir:

- a) Velar por que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad.
- b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas.⁽¹¹⁾

5.3.- DISCAPACIDAD:

La Organización Mundial de la Salud define a la discapacidad como toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad de la forma que se considera normal para una persona.⁽¹⁰⁾

5.4.- TIPOS O CLASIFICACIÓN:

•Psicosocial:

Es la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas a su edad y entorno social.

Las disfunciones que se asocian a la discapacidad psicosocial son: Depresión, Trastorno de ansiedad, Trastorno bipolar, Retraso Mental, Parálisis cerebral, Hidrocefalia, Síndrome de Down entre otros.

•Sensitiva:

Es la limitación del movimiento, ausencia o parálisis de una o varias extremidades de la persona.

Comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana.

•Sensorial:

Personas con discapacidad visual (Ceguera parcial o total) y auditiva (Carencia o disminución de la capacidad auditiva).

Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

•Cognitiva:

Alteración bioquímica que afecta la forma de pensar, sentimientos, humor, habilidad de relacionarse con otras personas y comportamiento.

Presentan dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, y por ende, en el aprendizaje. ⁽⁸⁻⁹⁾ .

6.- PARÁLISIS CEREBRAL.

6.1.- DEFINICIÓN:

La PC es un estado clínico no progresivo de una lesión encefálica causada por factores dañinos que sucederán en el sistema nervioso inmaduro, manifestándose en el nacimiento o en la primera infancia.⁽⁶⁾

6.2.- CLASIFICACIÓN:

Los diferentes tipos son clasificados de acuerdo con el local en que ocurrió el daño, lo que refleja en secuelas diferentes:

- Espástica: Representa tres cuartos del total de los casos.
- Atetósica: Esa forma está ligada, en la mayor parte de los casos, a la ictericia grave neonatal.
- Atáxica: Es la más rara.
- Mixtas: Se puede encontrar en el mismo niño combinaciones de las formas anteriores.⁽⁶⁾

6.3.- ETIOLOGÍA:

La parálisis cerebral es causada por lesiones o anomalías del cerebro. La mayoría de estos problemas ocurre a medida que el bebé crece en el útero.

En algunas personas con parálisis cerebral, partes del cerebro se lesionan debido a un nivel bajo de oxígeno (hipoxia) en dichas zonas. No se sabe por qué ocurre esto.

Los factores que pueden causar daños encefálicos pueden aparecer en las etapas prenatal, perinatal y postnatal :

- Sangrado en el cerebro
- Infecciones cerebrales (encefalitis, meningitis, infecciones)
- Traumatismo craneal
- Infecciones en la madre durante el embarazo (rubéola)
- Ictericia grave

En algunos casos, la causa de la parálisis cerebral nunca se determina.⁽³⁾

6.4.- SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Los síntomas de la parálisis cerebral pueden ser muy diferentes entre personas con este grupo de trastornos. Los síntomas pueden:

- Ser muy leves o muy graves
- Comprometer sólo un lado del cuerpo o ambos lados
- Ser más pronunciados en los brazos o las piernas o comprometer tanto los brazos como las piernas.

Los síntomas por lo regular se observan antes de que un niño cumpla 2 años de edad. En ocasiones empiezan incluso a los 3 meses.

Frecuentemente, los bebés con parálisis cerebral son más lentos para voltearse, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Algunos niños nacen con parálisis cerebral; otros la adquieren después del nacimiento. Algunas personas tienen una combinación de síntomas.

La parálisis cerebral espástica es el tipo más común. Sus síntomas incluyen:

- Músculos que están muy tensos y no se estiran. Se pueden tensionar aún más con el tiempo.
- Marcha (caminar) anormal: brazos metidos hacia los costados, rodillas cruzadas o tocándose, que hacen movimientos de "tijeras" y caminar sobre los dedos.
- Debilidad muscular o pérdida del movimiento en un grupo de músculos (parálisis).

Otros síntomas cerebrales y del sistema nervioso pueden incluir:

- Las dificultades de aprendizaje son comunes, pero la inteligencia puede ser normal
- Problemas del habla (disartria)
- Problemas de audición o visión
- Convulsiones
- Dolor, sobre todo en adultos, el cual puede ser difícil de manejar

Síntomas digestivos y de la alimentación:

- Dificultad para succionar o alimentarse en los bebés, o masticar y tragar en niños mayores y adultos
- Vómitos o estreñimiento

Otros síntomas:

- Aumento del babeo
- Crecimiento más lento de lo normal

6.5.- DIAGNÓSTICO:

El proveedor de atención médica llevará a cabo un examen neurológico completo. En las personas mayores, evaluar la función cognitiva también es importante.

Se pueden realizar otros exámenes según resulte necesario, en la mayoría de los casos con el fin de descartar otros trastornos:

- Exámenes de sangre
- Tomografía computarizada de la cabeza
- Electroencefalografía (EEG)
- Examen audiométrico
- Resonancia magnética de la cabeza (3)

6.6.- TRATAMIENTO:

No hay ninguna cura para la parálisis cerebral. El objetivo del tratamiento es ayudar a la persona a ser lo más independiente posible.

El tratamiento requiere un abordaje en equipo, que incluye:

- Un médico de atención primaria
- Enfermeras
- Un odontólogo (se recomienda realizar chequeos dentales más o menos cada 6 meses)
- Un trabajador social
- Terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y terapeutas del habla
- Otros especialistas, que incluyen un neurólogo, un médico especialista en rehabilitación, un neumólogo y un gastroenterólogo

El tratamiento se basa en los síntomas de la persona y en la necesidad de prevenir complicaciones.

Los cuidados personales y en el hogar incluyen:

- Recibir alimento y nutrición suficientes
- Mantener la casa segura

Lo siguiente puede ayudar con la comunicación y el aprendizaje:

- Gafas
- Audífonos
- Dispositivos ortopédicos para músculos y huesos.

También pueden necesitarse fisioterapia, terapia ocupacional, ayuda ortopédica u otros tratamientos para ayudar con las actividades y el cuidado diarios.

Las medicinas pueden incluir:

- Anticonvulsivos para prevenir o reducir la frecuencia de convulsiones (crisis epilépticas)
- Toxina botulínica para ayudar con la espasticidad y babeo

Se puede necesitar cirugía en algunos casos para:

- Controlar el reflujo gastroesofágico ⁽³⁾

7.- RETRASO MENTAL :

7.1.- DEFINICIÓN:

De acuerdo con la OMS, La deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia.⁽¹⁸⁾

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. ⁽¹⁹⁾

7.2.- CLASIFICACIÓN:

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual entre ellos están: Retraso Mental Leve,

Retraso Mental Moderado, Retraso Mental Grave o Severo, Retraso Mental Profundo.

CI	Descripción
100	CI ideal (población general)
99-80	CI normal
80-70	CI límite o borderline
70-55	Retraso mental leve (educable)
55-40	Retraso mental moderado (entrenable)
40-25	Retraso mental grave (difícil desarrollo)
25 o menos	Retraso mental profundo (graves dificultades)

7.3.- ETIOLOGÍA:

El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la supervivencia. ⁽¹⁹⁾

7.4.- SIGNOS Y SÍNTOMAS:

1. Retraso Mental leve (o ligero)

Este retraso se caracteriza en que el CI se sitúa entre 50-55 y aproximadamente 70.

El retraso mental leve es equivalente en líneas generales a lo que se considera en la categoría pedagógica como «educable».

Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores

2. Retraso Mental Moderado:

Este retraso se caracteriza en que el CI se sitúa entre 35-40 y 50-55 aproximadamente .

El retraso mental moderado equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de adiestrable. No debería utilizarse este término anticuado, porque implica erróneamente que las personas con retraso mental moderado no pueden beneficiarse de programas pedagógicos.



Fuente Directa. La discapacidad mental moderada es una categoría de personas que pueden ser educadas.

3. Retraso Mental Grave o (severo).

Este retraso se caracteriza en que el CI se sitúa entre 20-25 y 35-40.

Los sujetos con este retraso adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo durante los primeros años de la niñez.

Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple,

pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la supervivencia.

En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisados en instituciones.

4. Retraso Mental Profundo.

Este retraso se caracteriza en que el CI es inferior a 20 o 25.

La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental.

Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador.

El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

El Retraso mental de gravedad no especificada, es una categoría que puede utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero no sea posible verificar la inteligencia del sujeto mediante los tests usuales.

El diagnóstico de retraso mental, de gravedad no especificada, debe utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero la persona en cuestión no puede ser evaluada satisfactoriamente mediante los test de inteligencia usuales.

Éste puede ser el caso de ciertos niños, adolescentes o adultos con excesivas insuficiencias o falta de cooperación, lo que impide que sean evaluados.

En general, cuanto menor es la edad, tanto más difícil es evaluar la presencia de retraso mental excepto en los sujetos con afectación

profunda. Sin embargo, es de vital importancia evaluar al niño si existen serios problemas de aprendizaje en el niño.⁽¹⁹⁾

7.5.- DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de retraso mental requiere que el inicio del trastorno sea anterior a los 18 años de edad. La edad y el modo de inicio dependen de la etiología y la gravedad del retraso mental. Diversas condiciones médicas pueden simular el retraso mental, sobre todo la sordera y la ceguera pueden simular un retraso mental.

Los retrasos más graves, especialmente cuando se asocian a un síndrome con fenotipo característico, tienden a reconocerse tempranamente (p. ej., el síndrome de Down habitualmente se diagnostica en el nacimiento). Por el contrario, el retraso leve de origen desconocido acostumbra a observarse posteriormente. En muchos retrasos graves resultantes de una causa adquirida, la afectación intelectual se presentará más bruscamente. (p. ej., retraso leve a consecuencia de una encefalitis).

(19)

7.6.- TRATAMIENTO:

La medicina no posee los medios para curar a una persona con discapacidad intelectual, 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. ⁽¹³⁾



Fuente: www.hogardelaconsolacion.iap.org.mx

Terapia y actividades de los niños con discapacidad.

8.- SÍNDROME DE DOWN.

8.1.- DEFINICIÓN:

El Síndrome de Down es una aberración cromosómica con una incidencia de 1 en 800 nacidos vivos.

El Síndrome de Down, conocido también como Trisomía 21, es un trastorno crónico, que se caracteriza, principalmente, por retraso mental.⁽¹⁵⁾

8.2.- ETIOLOGÍA:

La mayoría de los casos de trisomía 21 (94%) se atribuye a la falta de disyunción que genera un cromosoma adicional. La incidencia de esta enfermedad incrementa a medida que aumenta la edad de la madre.

Las posibles causas para el síndrome de Down incluyen mosaicismo no detectado en un padre, exposición repetida al mismo agresor ambiental. Los progenitores de cualquier edad que hayan tenido un hijo con trisomía 21 poseen un riesgo significativo de tener otro hijo afectado de modo similar, riesgo de recurrencia equivalente al de padecer trisomía 21 en hijos nacidos de madres mayores de 45 años.

8.3.- SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Los individuos con Síndrome de Down existe un grado variable de retardo mental. Los individuos con afección más leve son funcionales y pueden desempeñar bien en un ambiente de trabajo. La demencia afecta a casi 30% de los sujetos con este trastorno y es común el envejecimiento prematuro.

En el síndrome de Down el cráneo es braquicéfalo, con occipital aplanado y frente prominente. Existe una tercera o cuarta fontanela y todas las fontanelas son amplias. En 98% de los individuos con este síndrome se observa una separación mayor de 5mm en la sutura sagital.

Las manifestaciones bucales de este síndrome son habituales. La lengua suele estar fisurada y se detecta macroglosia relativa por la cavidad bucal de tamaño reducido, aunque también es posible la verdadera macroglosia.

La anchura y longitud del paladar disminuyen de manera significativa y en ocasiones se observa úvula bífida y labio y paladar hendidos.

La dentición muestra algunas lesiones características y prevalencia de enfermedad periodontal. Sin embargo, la incidencia de caries dental parece no ser mayor que en individuos normales.⁽⁴⁾

8.4.- DIAGNÓSTICO:

Se puede realizar entre la semana 9 y la catorce de la gestación a partir de pruebas prenatales (engrosamiento del pliegue nucal, Triple Sreening y amniocentesis) o en el momento de su nacimiento.

Los recientes avances tecnológicos en el diagnóstico cardiovascular condujeron a una notable mejoría del pronóstico.

Los recién nacidos requieren radiografía de toráx, electrocardiograma, y consulta pediátrica cardiaca subsecuente si se detectan anomalías cardiovasculares.

La detección de inestabilidad atlantoaxil puede prevenir una lesión raquídea.⁽¹⁵⁾

8.5.- TRATAMIENTO:

Los niños con Síndrome de Down tienen que recibir un tratamiento adecuado desde los primeros meses de vida. El tratamiento debe ser multidisciplinar de manera que abarque las distintas áreas que están afectadas en cada uno: fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, psicomotricidad, etc.

El tratamiento dental se centra en prevenir la caries y la enfermedad periodontal. ⁽⁴⁾

IX. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Implementar un programa de educación para la salud bucal en niños con discapacidad “Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP”, 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Identificar las necesidades de higiene bucal en los niños con discapacidad “Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP”, 2017.
- 2.- Diseñar estrategias de higiene bucal en los niños con discapacidad.
- 3.- Implementar las estrategias de higiene bucal en los niños con discapacidad, creando un rincón para su salud.

X. METAS:

- 1.- Identificar al 100% las necesidades de higiene bucal en los niños con discapacidad “Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP”, 2017.
- 2.- Diseñar el 60% de estrategias para la higiene bucal en los niños con discapacidad.
- 3.- Implementar estrategias al 20% para la higiene bucal en los niños con discapacidad.

XI. MATERIAL Y MÉTODOS:

XII. TIPO DE ESTUDIO:

Programa de educación para la salud bucal. (Intervención Comunitaria).

XII. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA:

- ✓ 54 niños con discapacidad de la casa-hogar, “Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP”, 2017.
- ✓ 5 niños independientes de género masculino de 9 a 36 años de edad de la “Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP”, 2017.

13.1.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Fecha/ hora	Actividad	Estrategia	Realizó
25/agosto/17 10-12 hrs.	Solicitud del permiso para trabajar en la casa hogar.	Oficio	Tesista y asesora de tesis.
01/sep/17 10-12 hrs.	Recorrido a la casa.	Presencial con compañía de la dentista.	Tesista
08/sep/17 10-12 hrs.	Cepillado dental	Rotafolio. Uso de un tipodonto.	Dentista, tesista
22/sep/17 10-12 hrs.	Se realizó censo/encuesta	Impreso Pregunta/Respuesta	Dentista, tesista
29/sep/17 10-12 hrs.	Se continuo con el censo/encuesta	Impreso Pregunta/Respuesta	Dentista, tesista
6/oct/17 10-12 hrs.	Elaboración de un cepillero.	Se elaboró con tela un cepillero comunitario con apartado individual	Tesista

13/oct/17 10-12 hrs.	Se buscó un espacio visible para que los niños independientes identifiquen el lugar donde están sus aditamentos de limpieza y se explicó la función.	Presencial	Dentista, tesista
20/oct/17 10-12 hrs.	Se solicitó a los niños que identificaran el lugar donde colocarían su cepillo y la manera de cepillarse.	Presencial	Tesista

XIV. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- ✓ Antes de dar inicio al programa se solicitó la autorización de las autoridades de la “Casa Nuestra Señora de la Consolación IAP”, 2017”, donde se les presentó el plan de trabajo para las 8 semanas que se trabajó en dicha casa con los niños.
- ✓ Se realizó una encuesta para conocer el estado de salud integral de los niños de la casa hogar, mediante un formato prediseñado.por tres semanas.

- ✓ Se trabajo con los 5 niños independientes, como fue técnica de cepillado dental, cuidado de sus cepillos dentales y se les diseño un espacio para su cepillado dental.

XV. RECURSOS HUMANOS:

- ✓ 1 tesista
- ✓ 1 dentista de la casa hogar
- ✓ 1 asesora de tesina
- ✓ 54 niños de la casa hogar

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Cepillos dentales
- ✓ Vasitos, calcomanía
- ✓ Pasta dental
- ✓ Enjuague
- ✓ Cepillero de tela.
- ✓ Rotafolio de como cepillarse los dientes correctamente, elaborado con fomi e imágenes impresas,
- ✓ Engrapadora.
- ✓ Hojas con censos
- ✓ Lápices, plumas, plumones.

RECURSOS FINANCIEROS:

- ✓ Algunos materiales proporcionados por la “Casa-hogar Nuestra señora de la consolación IAP”, 2017, y otros personalmente.

XVI. ASPECTOS ÉTICOS:

Artículo 100 Federal de México. Ley General de Salud.

La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación. ⁽²¹⁾



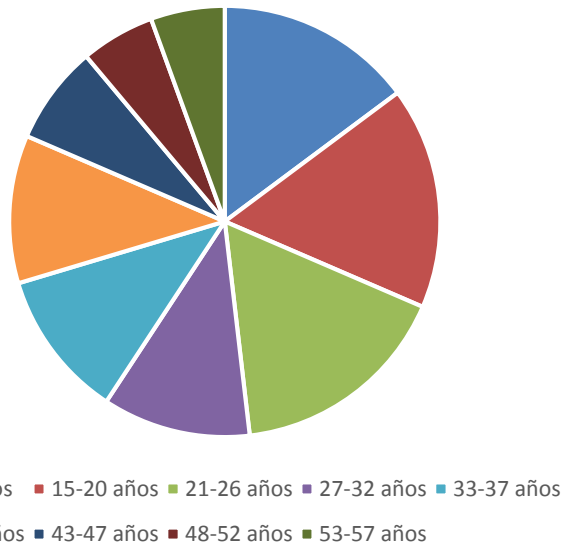
Fuente Directa.

Niño con discapacidad mental moderada identificando aditamentos y lugar para su higiene dental.

XVII. RESULTADOS:

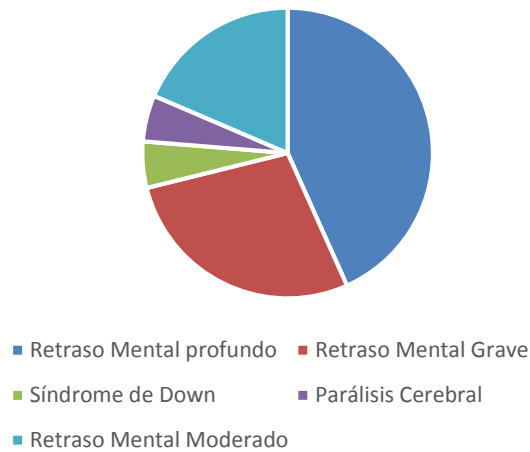
Los resultados obtenidos de la casa-hogar, se obtuvieron mediante una encuesta realizada al personal encargado de los 54 niños con discapacidad (Dra. María Guadalupe Haro Romero.)

Gráfica1: NIÑOS POR EDAD.



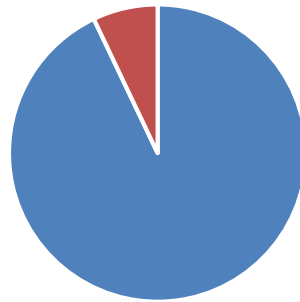
La edad que prevalece es de 23 años contando con esta edad 5 de los niños con discapacidad.

Gráfica2 : ESTADO DE DISCAPACIDAD DE LOS NIÑOS



- ❖ 5% Parálisis Cerebral.
- ❖ 5% Síndrome de Down.
- ❖ 18% Retraso Mental Moderado.
- ❖ 27% Retraso Mental Grave.
- ❖ 42% Retraso Mental Profundo.

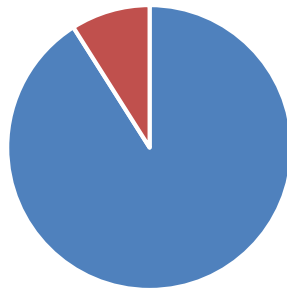
Gráfica3: PRESENCIA DE ÓRGANOS DENTARIOS EN BOCA



■ Cuenta con dientes ■ No cuenta con dientes

Porcentaje de niños con discapacidad que cuenta con dientes 92% y quién no cuenta con ellos 7%.

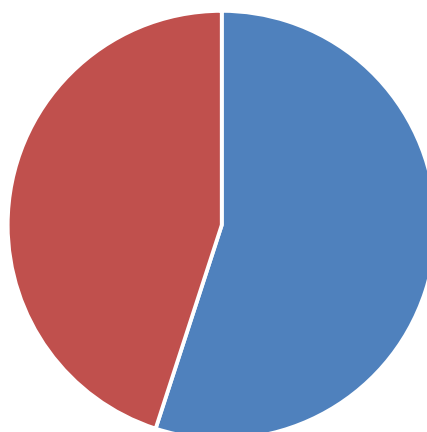
Gráfica4: LIMPIEZA DENTAL



■ Necesita ayuda para su cepillado dental
■ No necesita ayuda para su cepillado dental
■

El 91% de los niños con discapacidad de esta casa-hogar necesita ayuda para cepillarse los dientes mientras que el 9% hace su cepillado dental solo.

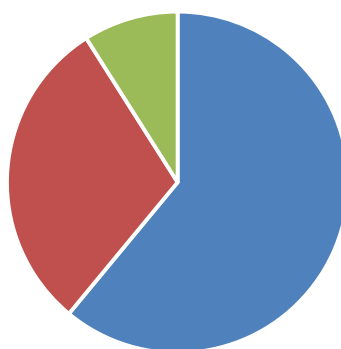
Gráfica5: CONSUMO DE ALIMENTOS



■ Alimento líquido y sólido ■ Alimento líquido y sólido más suplementos

Líquida y Sólida más Suplementos	Líquida y Sólida
45%	55%

Gráfica6: AYUDA PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.



■ Dependientes ■ Ambos (necesitan ayuda en algunas actividades) ■ Independientes

Dependientes	Ambos(necesitan ayuda en algunas actividades)	Independientes
61%	30%	9%

Como resultados observamos que es de suma importancia vigilar la alimentación de los niños con discapacidad puesto que su consumo de sacarosa algunas veces es por arriba de 50mg/día. Los niños tienen libre ingesta de comida de alimentos acidogénicos lo que facilita acumulo de alimento en los dientes y asociado a ello no cuentan con vigilancia en su limpieza dental y en ocasiones higiene nula.

Debe mejorar la educación bucal en las casas y centros educativos.

La salud dental es básica para su salud en general.⁽²⁾



Fuente Directa

Lugar, espacio y aditamentos para su higiene dental.

XVIII. CONCLUSIONES:

Se concluyó que es de gran importancia implementar un programa de educación para la salud bucal en niños con discapacidad, identificando las necesidades de salud bucal, de acuerdo al grado de discapacidad diseñando e implementando estrategias adecuadas para una correcta higiene bucal creando un lugar específico para esto, donde ellos identifiquen el lugar, espacio y aditamentos, ya que ésta institución carece de recursos humanos para la ayuda del cuidado de los mismos niños y de su higiene bucal. La casa-hogar cuenta únicamente con una dentista para 54 niños con discapacidad, lo cual no cubre la atención necesaria, puesto que el 61% de la población es totalmente dependiente.



Fuente Directa.

Persona con discapacidad identificando el lugar y espacio para sus aditamentos de higiene dental.



Fuente Directa.

Ayuda de cepillado dental en los niños con discapacidad.

XIX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- ISM-OMS ARTÍCULO
“Informe sobre el sistema de salud mental en México”
OPS -Organización Mundial de la Salud , 2011
- 2.- González A. M., González B. A. y González E.,
Artículo: Salud dental: relación entre la caries dental y el
consumo de alimentos. SciELO Nutr. Hosp. vol.28 supl.4
Madrid jul. 2013.
- 3.- Parálisis Cerebral: Medlineplus: Consultado en:
www.qa.nlm.nih.gov/medlineplus/275/spanish 24 Agosto 2017
- 4.- Regezi, Sciubba. Patología Bucal Correlaciones clínico-
patológicas 3ª Edición, Mc.Graw-Hill Internacional California,
2010. pp.443-446
- 5.- INEGI “Estadísticas a propósito del... día internacional de las
personas con discapacidad (3 de diciembre)
Consultado en: ”www.conadis.gob.mx/gob.mx
- 6.- Guedes-Pinto, Bônecker. Fundamentos de
Odontología (Odontopediatría) Santos Editora 1ª Edición.
2011. pp.425-427Nov
- 7.- Historia de la discapacidad Consultado en:
www.fci.uib.es/servicios/libros/articulos/di-nasso/Historia.cid220290
25 de Agosto 2017.

- 8.- OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías Consultado en: www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/diferencia
26 de Agosto 2017
- 9.- INEGI. Clasificación de tipos de Discapacidad Histórica pp. 29-31.
- 10.- Consultado en: www.definiciones.org/discapacidad
27 de Agosto 2017
- 11.- Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad Consultado en: www.un.org/esa/socdev/enable/documents/nvs.
28 Agosto 2017
- 12.- Di Nasso P. Cuidado dental del niño con discapacidad. Rev. Asoc Argent. Odontol p/niños 2009; pp. 30(4);21-4
- 13.- Maajluf E, Vásquez F. Psiquiatría “ Humberto Rotondo” Tercera edición. Barcelona, Salvat, 2008. Capítulo 11
- 14.- Consultado en: www.hogardelaconsolacion.iap.org.mx
30 agosto de 2017
- 15.- Madrigal A. El síndrome de Down Consultado en: sid.usal.es/idocs/F8/FDO10413/informe_down.pdf .
2 de Sep 2017
- 16.- Consultado en: www.noticias.universia.net.mx/ciencia-net/noticia/2007 2 de Sep. 2017

- 17.- H. Loo V, Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia
Nov.2009 Consultado en: www.maestroloopsiquiatriainfantil.mx
11 de Sep. 2017
- 18.- Consultado en: www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/2009.pdf 11 de Sep. 2017
19. – Shaffer D, Campbell., DSM-IV: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Retraso mental.
Consultado en: www.psicopsi.com 12 de Sep.2017.
- 20.- Retraso Mental.
Consultado en: www.diagnosticoytratamientounav.es.
23 de Sep. 2017
- 21.- Dip, Presidente- Sen. M. Beltrones, Presidente.- Dip. M. Jimenez
" Ley General de Salud". Artículo 100 Federal de México.
México, D.F., a 26 de abril de 2007.
Consultado en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/
25 de Sep.2017
- 22.- Ferraro, P., faculty directory professor Economics,
Real Estate, 2001
Consultado en: www.carey.jhu.edu.com 27 de Sep.2017
- 23.- R. Hernández, Antropología de la discapacidad y la dependencia
Un enfoque humanístico de la discapacidad.
2001. Consultado en www.peritajemedicoforense.com
1 Oct. 2017

XX. ANEXOS:

1.- CENSO ----- CUNA

Nombre: Rodriguez Rojas Guillermo Edad 23 años

1.- Tipo de enfermedad o Dx: Retraso Mental Moderado

2.- Cuenta con dientes: SI NO

3.- Como es su limpieza:

a) Cepillado c/ayuda b) Cepillado solo.

4.- Tipo de Alimentación:

a) Líquida b) Sólida c) Ambas d) Suplementos

5.- Necesidades básicas de la vida diaria:

a) Independiente b) Dependiente c) Ambos

Nombre _____ Ángel N.N. _____ Edad 9 años _____

1.- Tipo de enfermedad o Dx: Retraso Mental Moderado

2.- Cuenta con dientes: SI NO

3.- Como es su limpieza:

a) Cepillado c/ayuda b) Cepillado solo.

4.- Tipo de Alimentación:

a) Líquida b) Sólida c) Ambas d) Suplementos

5.- Necesidades básicas de la vida diaria:

a) Independiente b) Dependiente c) Ambos

