

4

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TÉCNICAS DIDÁCTICAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN. — ESTUDIO DE CASO EN EL CENTRO DE PEDAGOGÍA ESPECIAL, A. C. —

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANA DENTISTA

PRESENTAN:

MARIBEL AGUILAR JUÁREZ
COLUMBA MENDOZA VIVAS

DIRECTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
ASESORAS: C.D. NANCY JACQUES MEDINA
LIC. NATALIA MEZA CELIS



MÉXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TÍTULO.

TÉCNICAS DIDÁCTICAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
BUCAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.

- ESTUDIO DE CASO EN EL CENTRO DE PEDAGOGÍA ESPECIAL, A. C. -



NECESITO

NECESITO MUY POCO
PARA SER FELIZ...
TAN SOLO UN POQUITO
DE SOL, DE LLUVIA,
DE ALEGRÍA, DE CUIDADOS,
DE AMOR, DE PACIENCIA,
DE COMPRENSIÓN, DE CONFIANZA...
Y GRACIAS A TI,
TENGO TODO ESO.

RAFAEL RAMOS – GALVÁN.

A MI FAMILIA:

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constantes, sólo deseo que comprendan que el logro mío es suyo, que mi esfuerzo es inspirado en ustedes y que son mi único ideal.

Con cariño, respeto y admiración.

MARIBEL.

A MI FAMILIA:

Al término de esta etapa de mi vida quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr mi formación profesional.

Con cariño y admiración.

COLUMBA

CONTENIDO

1.Introducción.....	1.
2.Generalidades	3.
2.1.Síndrome de Down, Trisomía-21.....	3.
2.1.1.Descripción general.....	3.
2.1.2.Enfermedades de la boca.....	6.
2.1.3.Prevenición de la caries dental y enfermedad periodontal.....	8.
2.2.Desarrollo psicopedagógico del niño con Síndrome de Down.....	10.
2.2.1.Desarrollo motor.....	10.
2.2.2.Desarrollo del lenguaje.....	13.
2.2.2.1.Desarrollo del lenguaje en la primera infancia.....	14.
2.2.2.2.Desarrollo del lenguaje en el Preescolar.....	15.
2.2.2.3.Desarrollo del lenguaje en el Escolar.....	16.
2.2.3.Desarrollo cognoscitivo.....	17.
2.2.4.Desarrollo afectivo y social.....	18.
2.3.La educación del niño con Síndrome de Down.....	20.
2.3.1.Generalidades.....	20.
2.3.2.Procesos cognoscitivos.....	22.
2.3.2.1.Memoria.....	22.
2.3.2.2.Pensamiento.....	23.
2.3.2.2.1.Generalización.....	24.
2.3.2.2.2.Discriminación.....	24.
2.3.2.2.3.Abstracción.....	25.
2.3.2.3.Aprendizaje.....	26.
2.3.2.4.La Escuela.....	27.

3.Desarrollo del niño con Síndrome de Down en el “Centro de Pedagogía Especial, A.C.”	31.
3.1.Actividades educativas.....	31.
3.1.2.Estimulación precoz.....	31.
3.1.3.Grupo de adaptación.....	32.
3.1.4.Grupo Preescolar.....	34.
3.1.5.Primer Nivel.....	35.
3.1.6.Segundo Nivel.....	36.
3.1.7.Tercer Nivel.....	37.
4.Técnicas didácticas utilizadas en el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down.....	38.
4.1.Generalidades.....	38.
4.2.Juegos.....	41.
4.3.Teatro guiñol.....	44.
4.4.Demostración.....	49.
4.5.Exhibición de películas.....	53.
4.6.Rotafolio.....	55.
4.7.Socio-drama.....	60.
4.8.Canciones.....	61.
4.9.Fanelógrafo.....	62.
4.10.Cartel.....	64.
4.11.Narración de historias.....	68.
5.Planteamiento del problema.....	70.
6.Justificación.....	70.
7.Objetivos.....	71.
7.1.General.....	71.
7.2.Específico.....	71.

8. Metodología.....	72.
8.1. Tipo de estudio.....	72.
8.2. Límites del Programa	72.
8.3. Determinación de las actividades y precisión (Cronograma).....	73.
8.4. Organización.....	76.
8.4.1. Métodos de las actividades.....	76.
8.4.2. Organismos que cooperan.....	78.
8.4.3. Recursos materiales.....	78.
8.34. Locales.....	79.
8.4.5. Instructivos.....	79.
8.5. Recursos humanos.....	80.
8.6. Recursos financieros.....	81.
8.7. Ejecución.....	82.
9. Resultados.....	84.
10. Conclusiones.....	94.
11. Glosario.....	95.
12. Bibliografía.....	101.
13. Anexos.....	103.

1. INTRODUCCIÓN

El problema de la educación para la salud bucal ha despertado el interés de muchos y ha dado lugar a realizaciones prácticas realmente dignas de encomio. Pero, evidentemente, nos encontramos todavía muy lejos de haber alcanzado soluciones que puedan llamarse satisfactorias a nivel nacional. (1)

Muchas veces, los programas de educación para la salud bucal han sido presentados con conceptos muy abstractos, cuya difícil comprensión los torna poco prácticos, provocando el fracaso de muchos programas; por lo tanto, se deben crear técnicas de transmisión de información y conocimientos a las que la comunidad este acostumbrada.

El punto de partida para el diseño de una estrategia educativa deberá ser la identificación y utilización de los recursos, métodos y técnicas de aprendizaje ya existentes en la comunidad. Cada comunidad tiene sus propios métodos para educar a sus miembros independientemente de los sistemas externos de educación y comunicación. Así por ejemplo, los niños aprenden hábitos y costumbres a través de la conversación, observación e imitación en el seno familiar. (2)

En épocas no muy distantes los niños con Síndrome de Down no tomaban parte de una de las premisas más elementales del ser humano, que es la educación del hombre por el hombre y que al igual que todos los seres humanos, el niño con Síndrome de Down sólo puede ser siempre él mismo.

Por medio de la educación se le orienta al niño con Síndrome de Down de un sentido vital con el que pueda dar forma y madurar las posibilidades que le han sido concedidas como ser humano diferente. La diferencia le debe dar sentido a su propio ser, más no por ello ser motivo de discriminación. Por lo tanto, se les tiene que brindar las mismas oportunidades de desarrollar lo que ellos son en realidad.(3)

Por lo anteriormente expuesto nos vimos interesadas en realizar un programa de educación para la salud en el que se pueda dar a conocer las diferentes técnicas didácticas que como cirujanos dentistas podemos utilizar para ayudar al cuidado de la salud bucal en estos niños, tanto en el consultorio dental como en las escuelas de educación especial.

Ya que se ha visto que en las escuelas de educación especial no se llevan a cabo programas para el cuidado de la salud bucal; por tal motivo esta tesina se orienta principalmente al trabajo de campo en niños con Síndrome de Down de edad escolar del Centro de Pedagogía Especial, A. C. utilizando diversas técnicas didácticas de fácil comprensión y asimilación.

Se espera que este programa sea de gran utilidad para todo el personal que este a cargo de la educación de los niños del Centro de Pedagogía Especial, A. C. ya que hay gran interés por parte de las educadoras de este Centro en llevar a cabo el programa cada ciclo escolar.

2. GENERALIDADES

2.1. SÍNDROME DE DOWN, TRISOMÍA - 21

2.1.1. Descripción general

La primera descripción de esta enfermedad fue la de Séguin en 1846 que lo designó como "idiocia furfurácea". El término de "idiocia de tipo mongólico" fue dado a esta condición por Langdon Down, en 1866. A partir de esa fecha la palabra más usada para definir esta entidad fue la de "mongolismo" y al niño afectado se le denominaba "mongol" o "mongoloide". En los últimos 10 a 20 años el término "Síndrome de Down" se utiliza cada vez de manera más extensiva y ya casi lo ha substituido completamente. (3)

La palabra síndrome se refiere en medicina al: "Conjunto de signos y síntomas que constituyen una enfermedad independientemente de la causa que lo origina" y el segundo término de Down, es en honor a quien por primera vez hizo una descripción clínica amplia del padecimiento.

El Síndrome de Down es un estado que ahora se sabe está asociado con una anomalía cromosómica. Esta se presenta habitualmente en la forma de tres en lugar de un par de cromosomas 21, de allí el nombre "trisomía - 21". En unos pocos casos están presentes los 46 cromosomas normales, pero hay una translocación de un cromosoma 21 extra a otro sitio. (4)

La mayoría de las anomalías del Síndrome de Down, son observadas desde el nacimiento. A medida que pasa el tiempo, las deficiencias son notorias, impidiendo que éste se desarrolle normalmente.

A continuación se describirán algunas de las características bucodentales más comunes que distinguen al niño con Síndrome de Down:

Labios.

En el nacimiento y durante la infancia los cambios son secundarios: los labios se ponen secos y con fisuras, ocasionado por tener la boca mucho tiempo abierta; durante la tercera década de vida es cuando los labios se vuelven blancos y gruesos, característica que sólo presentan los varones.

Cavidad Bucal.

Se ha dicho que ésta es pequeña; en recientes estudios se encontró que el maxilar superior en relación al tamaño del cráneo es normal y el maxilar inferior es grande. El paladar tiene forma ojival en un sesenta por ciento. (5)

Lengua.

El doctor Jasso Gutierrez menciona que es relativamente frecuente observar que la lengua de los niños con Síndrome de Down protruye en la boca, de tal forma que se encuentra entreabierta de manera permanente en los niños que así lo manifiestan.

En el niño con Síndrome de Down existe la presencia de la lengua geográfica, la que se caracteriza por tener fisuras en casi toda su extensión. (3)

La forma de la lengua es redondeada o roma en la punta. En cuanto al tamaño, presenta macroglosia a la pequeñez de la cavidad bucal. (5)

Dientes.

La dentición se presenta tardíamente, apareciendo de los nueve a los veinte meses, se completa a veces hasta los tres o cuatro años.

El patrón es diferente al de los niños normales, a veces aparecen primero los molares o los caninos antes que todos los incisivos.

Según Spitzer, Rabinowitch y Wybar, el ochenta y seis por ciento de niños con Síndrome de Down presentan cambios en la estructura dental; McMillan y Kashgarian encontraron que la raíz es más pequeña que en los niños normales.(5)

Weyman menciona que casi un tercio o más de estos pacientes pueden tener dientes congénitamente ausentes, siendo los más frecuentes uno o ambos incisivos laterales superiores. (4)

La morfología dentaria también puede estar afectada. Son más pequeños que lo normal y tienden a ser redondeados o bulbosos. (6)

2.1.2. Enfermedades de la boca.

Caries dental

Weyman hace la observación de que los niños con Síndrome de Down tienen una notable resistencia a la caries y por lo menos la mitad de ellos están libres de caries.

En quienes desarrollan caries, el número de cavidades es aún mucho menor que lo que se esperaría en un niño normal. Esto puede relacionarse en parte con la forma más simple de los dientes con menos fisuras profundas.

Maloclusión

El tamaño pequeño del maxilar superior con su falta de desarrollo hacia adelante y abajo suele resultar en una maloclusión de Clase III de Angle, en un tercio o más de esos niños.

La mitad de los pacientes tiene un empuje lingual, debido en unos pocos casos a una lengua agrandada, pero en la mayoría a una falta de espacio para una lengua de tamaño aparentemente normal. Esto puede producir una mordida abierta anterior. (4)

Enfermedad periodontal

Los niños con Síndrome de Down sufren de un grado moderado o severo de enfermedad periodontal. Es muy frecuente en la zona incisiva inferior. (4)

Los dientes permanentes pueden caerse tan tempranamente como a los ocho o diez años de edad a consecuencia de la enfermedad periodontal.
(3)

2.1.3. Prevención de caries dental y enfermedad periodontal

Desde hace varios años no existe la menor duda del efecto que el flúor tiene en la prevención de la caries, de tal forma que la sola fluoración del agua potable disminuye en un 60 a 65 % la frecuencia de la caries y su aplicación tópica la reduce en un 40 %.

Además de la utilidad del flúor como preventivo de caries pueden señalarse otras medidas tendientes a disminuir la frecuencia como son:

1. Evitar los dulces entre comidas y disminuir la ingestión de azúcares refinados a toda hora.
2. Evitar endulzar los chupones, en el caso de usarlos con miel, jarabes, etc.
3. El cuidado de los dientes debe empezar cuando brota el primero. Deben cepillarse por lo menos tres veces al día y procurar que entre los 4 y los 5 años el niño realice esta actividad sin ayuda, aunque para este momento requiera de supervisión.
4. Cepillar bien aquellas áreas donde se estanca o se quedan residuos de comida.

La aplicación en la boca de una solución reveladora para poder observar la placa dentobacteriana no retirada por un cepillado ineficiente, constituye un buen auxiliar para la enseñanza y la evaluación de la eficiencia del cepillado.

La elección del cepillo y la técnica varían según la deficiencia del niño y su grado de cooperación. Se recomienda un cepillo blando, multicerda de nylon. Es muy importante que la técnica que se aplique siempre sea igual. (3)

La salud bucal es importante para la masticación adecuada, la digestión, la estética y el habla, para lo que se requiere realizar una buena higiene bucal por medio de un programa educativo a largo plazo, en donde la participación del cirujano dentista y de los padres es fundamental. (6)

El cirujano dentista puede ayudar a los maestros a mejorar la educación en salud bucal que los niños con Síndrome de Down reciben en las escuelas de educación especial, empleando para ello técnicas educativas de fácil comprensión y asimilación; como: teatro guiñol, rotafolio, juegos, cantos, franelógrafo, etc. (1)

2.2. DESARROLLO PSICOPEDAGOGICO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

2.2.1. Desarrollo motor

La aberración cromosómica que da origen al Síndrome de Down, reúne en el individuo una serie de características internas y externas que los sitúan en desigualdad de circunstancias respecto al sujeto normal.

Entre los rasgos y particularidades básicos, podemos citar especialmente la disfunción cerebral de la cual se derivan la hiperflexibilidad, el nistagmus y otras alteraciones. Todo este cuadro complejo afectará y limitará en forma permanente el desarrollo del niño, quien evidentemente alcanzará a superar las dificultades en las diferentes etapas de su edad en un lapso más prolongado, dado que su condición específica le impedirá apropiarse de todos los estímulos que le ofrece el medio circundante. Habrá siempre entre su edad mental y su crecimiento cronológico una divergencia indefectible, la cual será clara y manifiesta, por la habilidad que presenta el niño en la ejecución de una o varias de las funciones que corresponden a un determinado nivel similar o proporcional a su edad cronológica, como consecuencia de su falta de organización neurológica. (5)

García Escamilla menciona que debido al problema que se enfrenta, es indispensable un programa de estimulación integral que proporcione al niño la ayuda que éste requiere.

Dos aspectos elementales tiene el entrenamiento programado: intensificar el potencial de las funciones sensoriales y de motricidad: éstas comprenden la movilidad, destreza manual y lenguaje; aquellas de tipo visual, auditivo, táctil, gustativo, olfativo y kinestésico.

En el caso particular del niño con Síndrome de Down la curva mental y física de su crecimiento avanzará en su desarrollo lentamente y con múltiples tropiezos. El primer año de vida nos dará una idea completa sobre su futura proyección, porque a partir de entonces, será sensible la disociación entre su crecimiento físico y su evolución mental.

Durante los primeros tres meses de vida el niño presenta una serie de movimientos que pueden acercarse a la normalidad pero hay en él una marcada disposición a la pasividad, permanece tranquilo en cama en tanto nadie lo saca de ella, durmiendo en forma continua y por varias horas. Carece de llanto para manifestar sus necesidades, en ocasiones incluso la de alimentarse. (5)

Por otra parte presenta resistencia a las revisiones del médico y a las manipulaciones que se ejerzan en él por parte del maestro o cualquier otra persona; esta conducta es patente de los cuatro a los seis meses.

A partir de esta fecha se va advirtiendo un retraso motor en su organismo muy significativo.

García Escamilla menciona que después del primer año de vida, se presenta la tendencia a gatear. Esta manifestación de desplazamiento es importante tanto en estos niños como en los normales, siendo característica común de esta edad.

De los once a los dieciséis meses empezará a pararse y a sentarse solo; estos impulsos están revelando el intento de caminar. La deambulación se registra aproximadamente a los dos años. como una intención más definida para lograr una adecuada locomoción que logra en forma natural a los tres años.

La organización de sus movimientos que preceden de la cabeza hacia los pies y en forma unitaria, será más perceptible en todos aquellos comprendidos dentro de la motricidad gruesa y posteriormente avanzará paulatinamente a los agrupados dentro de la motricidad fina. (5)

Debido a que los niños con Síndrome de Down presentan un desarrollo motor pasivo, se requiere la participación de los padres para el cuidado de su salud bucal desde los primeros meses de vida; realizando el aseo de su cavidad bucal con una gasa para evitar la acumulación de alimento.

A partir de la edad preescolar el niño con Síndrome de Down, podrá cuidar su higiene bucal a través de un programa de Educación para la Salud Bucal a largo plazo, llevado a cabo en las Escuelas de Educación Especial por parte del cirujano dentista y la colaboración de educadoras y padres de familia.

Los padres de familia, así como las educadoras y el cirujano dentista que realicen los procedimientos de higiene bucal deberán poseer control de la cabeza y el cuerpo del niño, luz adecuada y máxima visibilidad.

Por ejemplo un niño grande o que hace movimientos excesivos de la cabeza podrá sentársele en una silla, mientras que la madre se sitúa detrás de él utilizando un brazo para sostener y apoyar la cabeza contra su cuerpo o el respaldo de la silla. Cuando el niño no coopere pueden requerirse dos personas para proporcionar suficiente control. (3)

2.2.2. Desarrollo del lenguaje

El lenguaje es el medio de comunicación más evolucionado del ser humano y tiene una importancia innegable. Es medio indispensable para nuestra educación y ha sido estudiado durante siglos. El lenguaje introduce a la vida social y se convierte en el principal instrumento de la comunicación.

(5)

En el proceso de aprender el lenguaje existen una variedad de habilidades y destrezas que el niño tiene que utilizar, como son las cognitivas, las sensoriales y las perceptivas. Las destrezas cognitivas básicas se refieren a todo aquello que hace posible adquirir el conocimiento de la palabra y la habilidad para reconocer y recordar eventos y personas.

El otro factor importante para aprender el lenguaje es el medio ambiente. Para que se pueda lograr el aprendizaje, los niños deben escucharlo que lo hablen y posteriormente participar con otros seres humanos en la conversación. En el caso del niño con Síndrome de Down es evidente que el procedimiento más exitoso o productivo para desarrollar su lenguaje es la manipulación de su ambiente, con la finalidad de propiciar el uso más efectivo de las habilidades del aprendizaje del niño. (3)

2.2.2.1. Desarrollo del lenguaje en la primera infancia

Los niños con Síndrome de Down, alrededor de los 9 meses de edad prefieren los ritmos de canciones de cuna, y se infiere por varios estudios que son capaces de reconocer las palabras como tal aun cuando no las comprendan.

La producción de los sonidos de las vocales es lenta en los primeros tres meses, y se incrementa significativamente en los siguientes tres a cuatro.

Entre los siete y los 18 meses, si la madre le habla con vocalizaciones raras, el niño mira para otro lado.

Cuando el niño tiene un mayor desarrollo de los órganos de sus sentidos y del sistema motor sus comportamientos en cuanto a su lenguaje son básicamente con gestos más que con palabras, de la misma forma en que lo hacen los niños no Down.

Al igual que lo que sucede con los niños no Down, a los ocho o nueve meses empieza al balbuceo de las palabras (da-da, ga-ga, etc.), para posteriormente iniciar hasta los 18 meses la producción de las vocales y de algunas consonantes.(3)

2.2.2.2. Desarrollo del lenguaje en el Preescolar

El doctor Jasso hace la observación de que la imitación espontánea del lenguaje materno por el niño con Síndrome de Down es muy similar en su estructura gramatical a la del niño no Down cuando se comparan con un mismo nivel de desarrollo del lenguaje. En particular los niños de manera selectiva imitan aquellos sonidos o palabras que son menos conocidas por ellos y en general aquellas palabras que ellos no usan espontáneamente. En esta etapa los niños con Síndrome de Down requieren que se les aclaren aquellas palabras o indicaciones verbales que no son claras o específicas, con la finalidad de que la conversación continúe.

En términos generales, conforme el niño adquiere mayores formas de aceptación social para llamar la atención de sus padres, es más capaz de interactuar o relacionarse con ellos.

Habitualmente cuando los padres usan el lenguaje o la comunicación "total" (oral y por señas) con su hijo, se encuentran diferencias, a cuando sólo se recurre a las palabras. Más aún, cuando se utilizan los signos y las palabras, el léxico se incrementa en un 70 %, en comparación a cuando sólo se usan las palabras. (3)

2.2.2.3. Desarrollo del lenguaje en el Escolar

Entre los seis y los doce años de edad aproximadamente, se empiezan a encontrar diferencias más significativas, aunque normales, en los niños con Síndrome de Down. Para estas etapas la construcción o estructura de su sintaxis no tiene gran variedad y por lo tanto, su patrón es más homogéneo que el de los niños no Down, cuando se comparan en circunstancias de edad mental similar.

Para estas edades existe comprensión, pero lo fundamental o significativo es que se incrementa su capacidad para pronunciar más palabras en plural y en singular.

Entre los seis a ocho años existe un rápido desarrollo del lenguaje oral, llegando a su máximo nivel entre los ocho a los 10 años. (3)

Es importante saber la capacidad de lenguaje de los niños con Síndrome de Down en sus diferentes etapas de desarrollo, para poder crear un programa de Educación para la Salud Bucal que sea de fácil comprensión y asimilación para ellos, seleccionando para esto técnicas adecuadas, para transmitirles información sobre el cuidado de su salud bucal.

Ya que hay que tomar en cuenta para la selección de una técnica didáctica, que los niños con Síndrome de Down tienen que formar parte de las actividades rutinarias y de juegos en los que se use la conversación. Estas acciones le brindan situaciones recurrentes y consistentes, lo que permite que se tenga un mayor aprendizaje. (3)

2.2.3. Desarrollo Cognoscitivo

En la primera infancia

El doctor Jasso hace mención de que el niño con Síndrome de Down se sonríe y es capaz de manipular objetos nuevos para él. Sin embargo, a estas edades sus habilidades las realiza más lentamente y por tiempos más breves que el niño no Down. Es capaz de manifestar mayor placer o satisfacción cuando ha podido concluir con éxito una tarea o actividad específica.

En la etapa Preescolar

El comportamiento del niño con Síndrome de Down en los juegos es poco eficiente, debido a que presenta actividades repetitivas y estereotipadas y que por lo tanto no explotan el potencial que le brinda su medio ambiente. Sin embargo, se ha podido demostrar que durante el juego es capaz de visualizar varias actividades alternativas antes de realizar su propia selección, y que tiene además la potencialidad de realizar varias actividades y de complementar cada una de ellas antes de iniciar otra.

En la edad Escolar

De los seis a los 12 años, el niño con Síndrome de Down es menos eficiente para almacenar y recordar habilidades que se le han enseñado verbalmente, lo que se hace más evidente cuando han sido dadas de manera visual, sin embargo, cuando son comparados con niños no Down en su edad mental, las diferencias son pequeñas. (3)

Al niño con Síndrome de Down se le puede enseñar el cuidado de su salud bucal a través de técnicas didácticas en las que pueda desarrollar su capacidad visual, como el rotafolio, exhibición de películas y la presentación de teatro guiñol, ya que el uso de títeres es una manera divertida de ayudar a los niños con Síndrome de Down a aprender acerca de su salud bucal; tanto en el consultorio dental como en las Escuelas de Educación Especial.

2.2.4. Desarrollo afectivo y social

Es hasta los tres meses de edad en que se inicia el desarrollo en las áreas afectiva y social, momento en el que se produce por largos períodos de tiempo y con intensidades mayores. El doctor Jasso menciona que se ha comprobado que a los nueve meses de edad, el niño con Síndrome de Down mira u observa a su madre el doble de tiempo que el niño no Down, lo que se considera muy importante para fomentar una mayor unión o relación madre - hijo, cuidando por otra parte no fomentarla ampliamente para no retrasar nuevos desarrollos que se fomentan con el contacto visual.

El doctor Jasso hace notar que en los primeros años de edad son más temerosos, menos emotivos y se sorprenden más fácilmente; pero conforme transcurren los años se incrementan substancialmente sus respuestas afectivas, tanto las de agrado como las de desagrado. (3)

El niño con Síndrome de Down, tiende a la imitación; ésta es una ventaja susceptible de utilizar, ya que al desenvolverse en un ambiente sin angustias, sin rechazos, sin protección, el niño va adquiriendo patrones de sociabilidad adecuados, imitando a los seres que lo rodean.

El programa de adaptación al medio social ocupa un área muy importante; toda afectividad se debe tomar como pauta de convivencia entre padres, hermanos y alumnos. Este tipo de reuniones contribuye a forjar hábitos y vivencias familiares, los que a su vez normarán su comportamiento social. (5)

El niño con Síndrome de Down presenta un desarrollo afectivo y social, que permite utilizar el juego como una técnica de aprendizaje, a través de la cual se le puede ayudar al niño a formar hábitos de higiene bucal.

La demostración de la técnica de cepillado a través de un tipodonto y un cepillo dental, es de fácil comprensión para los niños con Síndrome de Down por su capacidad de imitación. La psicología nos indica en la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) como el ser humano aprende mediante la socialización y dentro de las actividades que se desarrollen, es de suma importancia el proceso de imitación, ya que el niño observa detenidamente cada fase de la tarea a enseñarse y al repetirla para él será muy reforzante lo que Bandura llama reforzamiento vicario.

2.3. LA EDUCACIÓN DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

2.3.1. Generalidades

El doctor Jasso nos dice que la finalidad de la educación en los niños con Síndrome de Down es la misma que la educación general, o sea, ofrecerles el máximo de oportunidades y de asistencia para el desarrollo de sus facultades cognoscitivas y sociales específicas hasta el grado más alto que sea posible. De lo anterior se infiere que educación y formación son los fenómenos básicos que deben seguirse en todo niño con Síndrome de Down y en los que se asientan la posibilidad, necesidad y derecho de un mínimo respeto como persona. Negar este derecho al niño con Síndrome de Down, equivale a una eutanasia silenciosa. Este derecho es el fundamento de una dedicación llena de amor, que le corresponde por ser persona y no por ser un individuo con Síndrome de Down.

En épocas no muy distantes, estos niños no tomaban parte de las premisas más elementales del ser humano que es la educación del hombre por el hombre (3).

En otros tiempos no se les quería educar, porque eran considerados como deficientes mentales profundos o porque sus familiares no querían llevarlos a la escuela por temor a que fueran rechazados por la sociedad.

(5)

Por medio de la educación se le orienta al niño con Síndrome de Down de un sentido vital con el que se pueda dar forma y madurar las posibilidades que le han sido concedidas como ser humano diferente.

La tarea educativa exige gran seriedad y responsabilidad para todas las personas que se ocupan de la educación de los niños con Síndrome de Down. Los esfuerzos pedagógicos requieren adaptarse al momento de desarrollo del niño y a la situación de cada caso en lo particular. Siempre deberá evitarse el error de asediar al niño en la realización de sus actividades, ya que no por un exceso de educación adelanta más, pudiendo llegar a darse un efecto contrario, con amenaza incluso de pérdida de cariño por parte de los profesores, padres y compañeros de escuela. (3)

Así como tiene derecho el niño con Síndrome de Down a una educación general, también tiene derecho a recibir una educación para el cuidado de su salud bucal, a través de un programa que se pueda llevar a cabo tanto en el consultorio dental como en las Escuelas de Educación Especial, con la participación del cirujano dentista, padres de familia y educadoras, utilizando para esto técnicas didácticas de fácil comprensión y asimilación.

2.3.2. Procesos Cognoscitivos

2.3.2.1. Memoria

La memoria es una función de la imaginación; la abstracción, el juicio y el razonamiento desempeñan un papel importante en el desarrollo de la inteligencia y el aprendizaje en el ser humano.

W.A. Kelly nos dice que "la memoria es la facultad de la mente por la cual los actos mentales y estados de conciencia pasados se retienen y evocan y además se reconocen".

El niño con Síndrome de Down tiene excelente memoria y difícilmente olvida lo que aprende bien. Desarrolla más pronto su memoria visual que la auditiva, ya que generalmente tiene más estímulos en la primera. Un niño con Síndrome de Down, bien entrenado, puede adquirir buena memoria sensorial ya que tiene posibilidades de reconocer y evocar estímulos. Para trabajar en el área de memoria es muy importante que el material que se utiliza sea reforzante y graduado en forma de dificultad para el niño, ya que esto dará como resultado un aprendizaje progresivo y facilitará el desarrollo de la memoria secuencial, tanto auditiva como visual, kinestésica y táctil. (5)

Es de gran importancia saber que el niño con Síndrome de Down tiene un mayor desarrollo de su memoria visual, para que de esta forma se puedan utilizar técnicas didácticas adecuadas para enseñar a los niños el cuidado de su salud bucal a través de material reforzante.

2.3.2.2. Pensamiento

El pensamiento tiene como punto de partida la relación con la realidad y la percepción, aunque también es el medio para integrar a la conciencia lo que no ha sido conocido y está presente.

Esta función en el niño con Síndrome de Down se encuentra disminuida a diferentes niveles, ya que tenemos actuaciones en determinados años de estimulación y constantes entrenamientos. El niño con Síndrome de Down le es muy difícil manejar la abstracción de los conceptos perceptuales (forma, color, tamaño, posición) para aplicarlos en una representación simbólica, por lo que le resulta tan problemático el aprendizaje de símbolos gráficos tales como figuras y letras. (5)

La escritura y la lectura requieren del manejo de abstracciones de los conceptos perceptuales para aplicarlos a los símbolos gráficos que constituyen las letras; esta actividad mental limita al niño con este Síndrome en la adquisición del proceso de la lecto-escritura, tanto de números como de letras; pudiendo desempeñarla con una buena educación y estimulación desde muy pequeño. (5)

Debido a que el niño con Síndrome de Down le es muy difícil manejar la abstracción de los conceptos perceptuales, no es recomendable utilizar técnicas didácticas para el cuidado de su salud bucal, en las que se utilicen un número excesivo de figuras y letras.

2.3.2.2.1. Generalización

A partir de los postulados del condicionamiento clásico de Ivan Paulov, podemos inferir como los seres humanos aprendemos a generalizar y a discriminar.

El niño cuando es pequeño responde a una gama de estímulos semejantes con la misma respuesta; ejemplo: al principio al tío, abuelo, papá le llaman papá están por lo tanto generalizando, posteriormente cuando es más grande se le va reforzando la respuesta correcta hasta establecer una cadena de estímulos semejantes como gato, pantera, perro, canguro, etc., los cuales denominaré como mamíferos; esto es Generalización.

En los niños con Síndrome de Down éste mecanismo es difícil ya que su atención es frecuentemente dispersa y por lo tanto no pueden globalizar en forma adecuada. Manejan generalizaciones muy simples siempre y cuando el niño haya sido estimulado pedagógicamente. (5)

2.3.2.2.2. Discriminación

Un proceso complementario de la generalización es la discriminación. Si seguimos los ejemplos anteriores el niño aprende quién es el papá a base de repeticiones de la palabra papá ante su presencia mecanismo que le refuerzan con cariños, etc; así va aprendiendo a discriminar quién es el tío, el abuelo, el papá. En el caso de los animales es igual, va a saber como maúlla el gato, como tiene su pelo, que come, distingue las diferencias de los otros

animales (Discriminación), se le enseña lo que tienen en común, porque nacen de la madre es que son mamíferos (Generalización).

En los niños con Síndrome de Down, ésta se hace a niveles primarios como manejo de colores, objetos familiares, personas conocidas y con cuya relación han tenido resultados agradables.

Se les dificulta bastante el manejo de conceptos como semejanzas y diferencias, pero un programa adecuado con ellos puede resultar muy positivo en esta área y así podrá realizar discriminaciones de forma, tamaño, color y posición de los estímulos que recibe del medio, estableciendo igualdades y diferencias.

2.3.2.2.3. Abstracción

El proceso de abstracción implica una respuesta simbólica que es la representación a nivel mental de un determinado estímulo como un objeto, situación etc.. englobada en un concepto que el sujeto ha elaborado a nivel cognoscitivo de un estímulo.

Los estímulos presentes no están por fuerza físicamente; representan una forma de conducta distinta de los hábitos comunes de discriminación y por lo tanto, justifica el uso de un término distintivo, el de conducta conceptual. A los niños con Síndrome de Down se les dificulta obtener los detalles de un todo por sus fallas en memoria visual y en abstracción principalmente.

Un niño con Síndrome de Down estimulado a temprana edad tendrá mayores posibilidades de desarrollar sus funciones superiores, tales como la abstracción.

En comparación con niños normales, dicho desarrollo será más lento y tardío en niños con Síndrome de Down no estimulados a temprana edad.(5)

2.3.2.3. Aprendizaje

Se puede definir el aprendizaje como el proceso mediante el cual se origina o se modifica una actividad respondiendo a una situación, siempre que los cambios no puedan ser atribuidos al crecimiento o al estado temporal del organismo.

En los niños con Síndrome de Down se ha comprobado que la capacidad de aprender dependerá de la estimulación que hayan recibido y la madurez individual de cada niño. El manejo afectivo y emocional del niño también adquiere un papel muy importante en el área de aprendizaje.

El aprendizaje exige una respuesta que puede ser motora, verbal o gráfica, respuesta que en el niño con Síndrome de Down será muy pobre dadas las limitaciones que presenta y que ya hemos mencionado en el área psicomotora, de lenguaje y cognoscitiva. Sin embargo, la posibilidad de ampliar y precisar determinada respuesta va a estar condicionada a la estimulación que en forma sistematizada planea el maestro especialista en conjunto con los profesionales que integran el equipo multiprofesional.

Un niño con Síndrome de Down maneja más bien aprendizaje de tipo concreto que tipo abstracto. Debemos enseñarle primero cosas sencillas y poco a poco llegar a lo complicado.

Los niños con Síndrome de Down deben tener satisfacciones en su desarrollo físico y mental. a medida que va teniendo éxito, esto lo conduce a ir avanzando paso a paso. (5)

Debido a que el método de "sentarse y aprender" no se considera el más apropiado para los niños con Síndrome de Down, y por lo tanto aprender - haciendo será siempre mucho mejor, se debe tomar esto en consideración para la selección de técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal del niño, ya que no por un exceso de educación adelanta más. Así por ejemplo se le puede enseñar a cepillar sus dientes a través de un tipodonto y un cepillo, y en seguida el niño llevar lo aprendido a la práctica, en este momento estará llevando a efecto la imitación, se pueden utilizar distintos tipos de reforzadores desde uno tangible como un juguete hasta uno social como un "Muy bien", esto dependerá del grado de dominio, si se inicia es necesario utilizar el tangible, si ya está estable se debe cuidar la conducta con reforzadores sociales.

2.3.2.4. La Escuela

La escuela como institución educativa utiliza métodos y procedimientos especiales para lograr el máximo desarrollo del niño con Síndrome de Down en las esferas: cognoscitiva, psicomotora, de lenguaje, afectiva y social; en su dinámica interna exige de una especial organización para cumplir con todos los profesionales idóneos, su desarrollo integral. (5)

Si las actividades de la escuela se relacionan estrechamente con las de la vida diaria, como bañarse, peinarse, cepillarse los dientes, vestirse, jugar, comer, etcétera. el niño Down tendrá menos dificultades para aplicar las cosas aprendidas en la escuela con las de la vida diaria.

Una pregunta que frecuentemente se hacen los padres respecto a su hijo con Síndrome de Down es la relacionada con la conveniencia de que asista o no a escuelas comunes y corrientes de educación elemental. Aunque enviarlos a ellas no representa un grave trastorno para el niño, no cabe duda que los resultados serán más satisfactorios si acude a una escuela de educación especial en la que existe personal especializado para atender los diferentes aspectos que exige la educación de estos niños. (3)

Actualmente la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.) ha iniciado un programa en donde todos los niños con discapacidad pueden asistir a las escuelas dependientes de esta Secretaría, en ellas se ha capacitado al personal académico para poder dar la atención requerida, su propósito es integrarlos con los "niños normales" y así estimular mejor su desarrollo.

La escuela debe ser un lugar higiénico, amplio y con grandes zonas verdes. En el jardín, el niño se sentirá libre y en contacto con la naturaleza. Las aulas deben estar equipadas con todo aquello que es de vital importancia tanto para el alumno como para el maestro, teniendo luz y ventilación suficientes (figura 1). Debe crearse un ambiente agradable y alegre.

La disciplina en estos niños es muy importante para el establecimiento de sus hábitos, por lo cual deben tener un compartimiento en su salón de clases para guardar sus objetos personales y el material usado durante el día. (5)

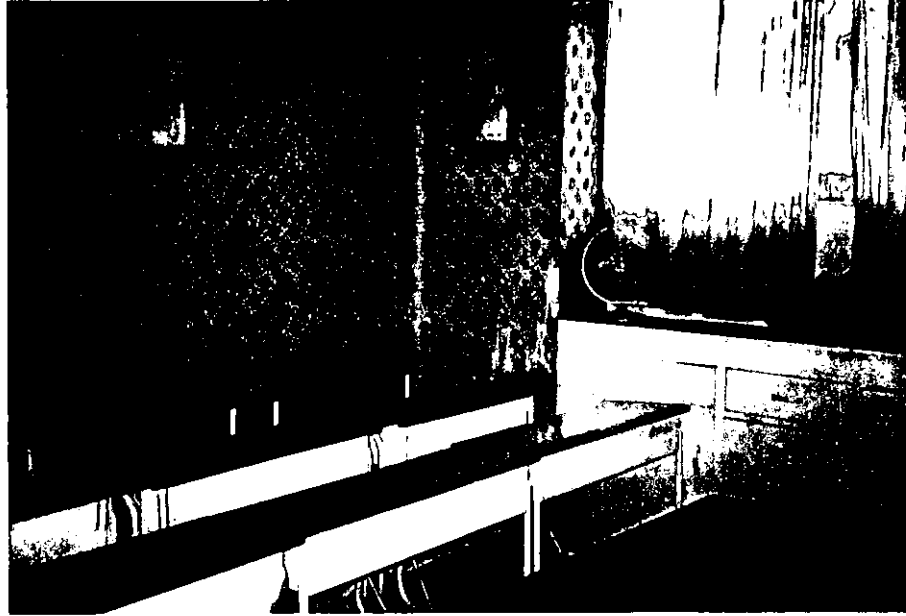


Figura 1

3. DESARROLLO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN EN EL CENTRO DE PEDAGOGÍA ESPECIAL, A. C.

3.1. ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

3.1.1. *Estimulación precoz.*

El momento para iniciar la estimulación precoz debe ser tan pronto como sea posible, generalmente después de que los padres han pasado por la etapa de adaptación y aceptación de su hijo. De tal forma que si es inmediata, la estimulación puede empezarse desde los 10 a 15 días posteriores del nacimiento.

El programa sin dejar de ser amplio debe enfocarse al desarrollo motor grueso y al motor fino, al lenguaje y la comunicación, la sociabilidad y la convivencia, el nivel cognoscitivo y al cultivo de la afectividad. (3)

La participación activa de la familia es fundamental para el desarrollo integral del niño. (5)

Las metas que se persiguen con este programa son:

- Que el niño adquiera control de sus movimientos.
- Adquisición de movimientos posturales básicos.
- Mejoramiento de postura.

- Coordinación de movimientos.
- Atención de estímulos auditivos, visuales y táctiles.
- Control de su cuerpo.
- Sedestación.
- Bipedestación.
- Deambulación.
- Desarrollo del lenguaje (balbuceo).
- Técnicas alimenticias.

En estas sesiones se trabaja mucho con los padres de familia, que van sensibilizándose y tomando más clara conciencia del problema; de cómo manejarlo positivamente. Aquí manifiestan ellos sus inquietudes, sus incógnitas y revelan poco a poco sus dificultades.

3.1.2. Grupo de adaptación.

La edad para ingresar en este grupo es variable de acuerdo a la estimulación temprana y fluctúa de los 2 a los 3 años, edad promedio. De este grupo en adelante los niños permanecen de las 9:00 a las 14:00 horas en la escuela y toman sus alimentos a las 12:00 horas.

Las metas que se persiguen en este grupo son:

Actividades de la vida diaria.

1. Iniciación de hábitos alimenticios.

- a Manejo de la cuchara.
- b Manejo del tenedor.
- c Manejo del vaso.
- d Correcto uso de la servilleta.
- e Adquisición de una buena disciplina a la hora de comer.

2. Iniciación de hábitos de higiene.

- a Lavado y secado de manos.
- b Lavado y secado de cara.
- c Cepillado de dientes.
- d Uso correcto de la toalla.

3. Iniciación al control de esfínteres.

- a Establecimiento de un horario para que el niño adquiera esta disciplina con mayor facilidad.
- b Suspensión de pañales.

4. Iniciación a las actividades de Auto – Asistencia.

- a Quitarse y ponerse el abrigo o el sweater.
- b Identificación de sus prendas de vestir.

El reforzamiento de conductas motrices gruesas y finas; de equilibrio, de dirección y de ubicación espacio – temporal son metas fundamentales. Inician al garabateo, el trazo del círculo y la pintura digital.

El programa de desarrollo cognoscitivo está basado en actividades de exploración y manipulación de objetos concretos, iniciando con juguetes, hasta llegar a objetos como dados, bloques, rompecabezas y otros. El lenguaje se estimula continuamente. Se empieza a trabajar con el color rojo, con la ausencia y presencia de sonidos; la discriminación táctil de frío y caliente; en la gustativa, con dulce y salado; en la olfativa con aromas agradables y desagradables; la esterognosia se trabaja esencialmente con la pelota.

3.1.3. Grupo Preescolar.

En este grupo la edad fluctúa de 4 a 6 años dependiendo de las capacidades del niño, aquí va adquiriendo las conductas básicas del control de esfínteres, alimentación y autoasistencia. El niño se siente como parte integral de un grupo de compañeros que comparten juego y trabajo, así como la identificación de su medio escolar. Existe una manifestación muy clara de su cooperación para todo lo que signifique su escuela.

En esta etapa el niño ha logrado adquirir el aprendizaje del esquema corporal en sí mismo y en un muñeco. Aprende a reconocer el color rojo, azul, amarillo y verde, asociándolos y seleccionándolos. Las figuras geométricas básicas quedan bien establecidas.

Los tamaños los manejan con todos los objetos familiares a ellos. En la discriminación táctil trabajan blando y duro. El uso de la plastilina y el pincel son instrumentos importantes.

Se da especial importancia al desarrollo cognoscitivo del niño en la etapa preoperatoria, apoyándose en los estudios que ha realizado Jean Piaget, trabajando particularmente las operaciones prelógicas de clasificación y seriación para iniciarlo en la noción de número.

3.1.4. Primer nivel.

La edad de estos niños fluctúan entre 5 y 7 años. Aquí ya va adquiriendo el sentido de responsabilidad porque se da atención especial a la socialización. El niño empieza a demostrar preferencias sociales. La interacción con sus compañeros trae consigo una competencia positiva. Las actividades de la vida diaria como hábitos alimenticios, de higiene y de auto – asistencia ya se han establecido y requieren de mayor perfección. En el área de psicomotricidad, se trabaja directamente con lateralidad, se inicia la identificación de dos partes iguales del cuerpo, según el eje de simetría. Se establece la identificación del esquema corporal por medio de asociación y evocación de acuerdo a las partes del cuerpo por las funciones que realizan. Se trabaja con la discriminación de sonidos ambientales. El aprendizaje de los colores abarca el rojo, verde, amarillo, azul, negro, blanco, café, morado, naranja, rosa y gris. Se introducen los conceptos de largo y corto; se le da más importancia a la discriminación figura – fondo. La discriminación olfativa se hace con diferentes aromas y logran trabajar la esterognosia con figuras geométricas y objetos familiares.

La iniciación de la relación de número, manejo de conceptos: mayor que, menor que, conjuntos equivalentes y dimensiones: largo – corto, grande – chico, son muy necesarias para la adquisición de la etapa preoperatoria. La acción física infantil como empujar, tirar, pesar, se fomentan para que el niño conozca las propiedades del objeto, así como de las acciones lógicas de juntar, ordenar, corresponder, seriar para que el niño conozca las diversas formas de manipular el objeto.

3.1.5. Segundo nivel.

La edad fluctúa entre los 8 y los 10 años. En este nivel se pretende proporcionar al niño mayor independencia y la oportunidad de empezar a tomar decisiones por sí mismo. Las actividades de la vida diaria como son los hábitos alimenticios e higiénicos, quedan bien establecidos. En el área psicomotora, la coordinación gruesa y fina adquiere patrones de gran importancia. Los desplazamientos y ejercicios aeróbicos se realizan adquiriendo mayor velocidad, precisión y movimiento. El equilibrio y el ritmo se manejan con relación a su expresión corporal. Se introducen los conceptos de enfrente, al lado, atrás y en medio. En esta etapa se trabaja mucho con la memoria secuencial y asociativa. La expresión oral se trabaja en forma de descripción de acciones. El dibujo va a formar parte de una descripción de acciones. El dibujo va a formar parte de una actividad fina, compleja y dirigida.

El aprendizaje estará encaminado al inicio de la comprensión del manejo adecuado de símbolos numéricos y de ejercicios de caligrafía, previos a la lecto – escritura.

Algunas de las unidades de trabajo que se estudian son: los seres vivos, las plantas, los frutos, la escuela, animales de la granja, animales del zoológico, las verduras, el mercado, los juguetes, la tienda de ropa, los alimentos, los medios de transporte, las prendas de vestir, la ciudad, las cuatro estaciones, etcétera.

3.1.6. Tercer nivel.

La edad promedio de este grupo es de 10 a 13 años. El desplazamiento que tienen estos niños dentro de la escuela es totalmente independiente. Adquieren responsabilidades mayores como son cuidar por el orden y limpieza del salón, así como la disciplina.

Aunque todos llevan una buena relación entre compañeros, ya tienen un amigo preferido. Desde el nivel anterior, las actividades de la vida diaria han quedado bien establecidas.

Las actividades psicomotoras gruesas y finas son más complejas y requieren de mayor flexibilidad. El manejo de las discriminaciones perceptivas estarán encaminadas al establecimiento de la lecto – escritura. Se trabajan las operaciones de adición y sustracción de dígitos.

En todo el programa escolar cada maestro imprime su sello personal y su capacidad creativa para hacer más o menos y más accesibles los conocimientos.

4. TÉCNICAS DIDÁCTICAS UTILIZADAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.

4.1. GENERALIDADES.

La técnica es el medio, el estilo de enseñar. Pero esta técnica se plasma directamente en la actividad que se realiza en los niños.

La educación es una ciencia para la acción, es decir, el niño aprende actuando (pintándose, moviéndose, cantando, jugando, etcétera). Por tanto, la acción, es decir, la actividad es un elemento fundamental. (7)

La educación en salud es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios, y que refuerza conductas positivas. Este proceso implica un trabajo compartido que facilita al personal de salud y a la comunidad, la identificación y el análisis de los problemas y la búsqueda de soluciones de acuerdo con su contexto social y cultural.

La gente aprende de diferentes maneras. Puede ser a través del sistema formal de educación que se aplica en la escuela, o a través de los sistemas no formales o informales que son muchos y variados según las diferentes comunidades.

El cirujano dentista puede ayudar a los maestros y profesores del sistema formal a mejorar la educación en salud que los niños reciben en las escuelas, empleando para ello técnicas educativas de fácil comprensión y asimilación, lo que puede ser también un buen camino para educar a los adultos, porque los niños compartirán con sus padres lo aprendido en la escuela. (1)

Para trabajar en la escuela existen dos técnicas utilizadas con mayor frecuencia en la educación infantil, que son:

La técnica tradicional, caracterizada por el hecho de que el niño debe acumular datos, anécdotas bajo el control y la dirección del educador.

La técnica investigadora, que se ha llamado educación de acción, caracterizada por la actividad del niño sobre el medio, mediante un aprendizaje en el que el niño desarrolle habilidades y actitudes. Es lo que denomina técnica activa. (7)

El cirujano dentista deberá adoptar, siempre que sea posible, técnicas de transmisión de información y conocimientos a las que la comunidad esté acostumbrada, tales como el análisis de problemas de la vida diaria o el relato de cuentos e historias.

Mediante la adopción de estos elementos, el programa educativo será más efectivo, ya que estará basado en los estilos de aprendizaje a los que la comunidad está acostumbrada.

Los principios básicos y cuestiones esenciales para la formación de estrategias con el fin de alcanzar salud para todos en el año 2000 indica que "Al considerar la tecnología sanitaria la preparación de estrategias de formulación de programas y el planteamiento de servicios encargados de ejecutar dichos programas, los gobiernos estimaran tal vez oportuno estudiar las tecnologías existentes, señalar las que sean apropiadas, e indicar y promover el tipo de investigaciones requeridas para establecer tecnologías que vengan a sustituir a las que resulten inapropiadas". (8)

El punto de partida para el diseño de una estrategia educativa deberá ser la identificación y utilización de los recursos, métodos y técnicas de aprendizaje ya existentes en la comunidad.

Respetando la diversidad de técnicas que una escuela dada esté llevando a cabo, se valorarán algunos conceptos generales relacionados con la escuela, que pueden ser aplicados en lo general a la educación de los niños Down una vez que ha transcurrido la etapa de estimulación temprana, que fundamentalmente se realiza en el domicilio.

En virtud de la diferencia en el desarrollo del niño Down con el no Down, el uso de los símbolos y del lenguaje hacen más difícil la utilización de los mismos en el proceso de aprendizaje. Por lo anterior se aconseja utilizar mayor número de experiencias sensoriales motoras con la finalidad de alcanzar un nivel en el que logran una ganancia o beneficio al estar duramente varias horas de instrucción verbal con su profesor. Por lo que el método de "sentarse y aprender" no se considera el más apropiado para los niños Down, y por lo tanto aprender – haciendo será siempre mucho mejor. (3).

A continuación se describirán diferentes técnicas didácticas que como cirujanos dentistas podemos utilizar para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down, tanto en el consultorio dental como en las escuelas de educación especial.

4. 2. JUEGOS.

“El juego es el primer trabajo de los niños, permite juzgar su carácter y desarrollarlo en el sentido de la perseverancia y de la energía activa”.

GUYAU.

“El juego permite un desarrollo muy plausible de las aptitudes mentales infantiles y da lugar a verdaderas creaciones que son de gran valor educativo en la integración de la personalidad del educando”.

GUERRA JUNQUEIRO.

“El tipo de juego se halla determinado, en una parte, por la necesidad del niño y, en otra, por el grado de su desarrollo muscular y psíquico”.

JOHN STRATCHAN.

Como el juego es la actividad más característica y espontánea del niño, ésta debe ser lógicamente la base del proceso educativo en sus primeros años de vida, pudiendo el educador injertar el hábito del trabajo, sentimiento y comportamiento. Por medio del juego el niño se representa la vida y, por ese mismo medio puede introducirse en el mundo real, darle el sentido de confianza en sí mismo, de ayuda mutua ofrecerle motivos e iniciativas para desarrollarse, en una palabra, educarlo en una unidad en el orden social. (9)

En la educación de los niños Down se acepta como un concepto básico que los juegos grupales y la utilización de los juguetes son elementos esenciales en las actividades de aprendizaje de los niños pequeños o preescolares, y que una vez que alcanzan la "edad escolar" los juguetes y los juegos grupales se continúan utilizando como antes de la etapa escolar.

Se ha podido demostrar que durante el juego el niño Down es capaz, de visualizar varias actividades alternativas antes de realizar su propia selección, y que tiene además la potencialidad de realizar varias actividades y de completar cada una de ellas antes de iniciar otra. (3)

Como esta actividad es una de las más constantes en la vida del niño innegable que poco a poco va resolviendo la forma de adaptarse a las necesidades de su medio, favoreciéndole grandemente, entre otras cosas, en el aspecto de higiene y, por ende, de salud, siendo la edad más propicia para su adquisición.

Además, el juego es útil porque conserva, refrescándolos, los hábitos nuevamente adquiridos. (9)

Objetivos del juego.

- a□ El juego tiene como finalidad contribuir al desarrollo multilateral de los niños.
- b□ Desarrollar positivamente los aspectos de la personalidad el valor, la audacia, la decisión, la tenacidad, la modestia y la disposición para vencer los obstáculos.

- c. Desarrollar las formas fundamentales y esenciales de la motricidad infantil caminar, correr, saltar, trepar, escalar, empujar, lanzar, atrapar, balancear y rodar, todo esto interrelacionado con el desarrollo intelectual en la formación del carácter.
- d. Formar hábitos de trabajo colectivo.
- e. Formar hábitos de higiene.

Los juegos deben seleccionarse tomando en cuenta:

- Edad.
- Sexo.
- Material que se emplea.
- Posición del juego (círculo, hilera, etcétera).
- Lugar donde se va a desarrollar.
- Tipo de juego (equipo o individual).
- Actividad que se va a desarrollar.
- Edad escolar.

La Teoría Cognoscitiva (Piaget) considera que el juego es una forma de aprender acerca de los objetos, sucesos nuevos y complejos, una forma de consolidar, ampliar conceptos y destrezas y un medio para integrar el pensamiento con la acción. La forma como un niño juegue en un momento determinado depende de su desarrollo cognoscitivo. (10)

Existen cuatro tipos de juego de acuerdo con el estudio realizado por Piaget. (11)

- 1 Juego funcional: Cualquier movimiento muscular simple y repetido con o sin objeto.
- 2 Juego constructivo: Manipulación de objetos para construir o crear algo.
- 3 Juego dramático: Una situación imaginaria para satisfacer los deseos y necesidades personales del niño empezando con actividades bastantes simples y siguiendo con algo más elevado.(12)
- 4 Juego con regla: Cualquier actividad estructurada y un objetivo.

4.3. TEATRO GUIÑOL.

El guiñol o teatro de títeres representa en la educación especial un magnífico medio de progreso. Quien ya haya acercado al niño discapacitado a este lenguaje expresivo habrá podido descubrir que es un motor capaz de impulsar toda una serie de procesos positivos.

El discapacitado, ya se sabe, presenta notables dificultades de verbalización. Se ha comprobado que no se consigue utilizar convenientemente el lenguaje hablado o escrito, porque no consigue identificarse con el simbolismo abstracto que caracteriza a este medio de comunicación. Por ello hay que tratar de aprovechar todos los demás lenguajes visuales para favorecer una relación directa con la realidad.

A lo largo del guiñol y del juego dramático con los objetos, se utilizan datos de observación sensorial, de observación intelectual y afectiva.

El guiñol representa, en una comunidad infantil, la forma más natural de desarrollo de la animación; sin embargo, requiere la presencia inteligente y estimulante del educador. A él corresponde fomentar el acercamiento a los títeres. (13)

Los títeres son muñecos, figuras u objetos, animados mediante algún procedimiento. El hecho de que un personaje esté hecho con trapos, con madera y cartón no impide, sin embargo, que el niño lo considere así. Para él es la imagen de un ser humano.

El títere es un personaje que habla, se mueve, danza y entra de lleno al mundo del juego. A lo largo del teatro guiñol, se crea un verdadero proceso de identificación, ya que el niño habla y se mueve con sus personajes. A través de estos muñecos animados, se pueden eliminar ciertas reacciones negativas y de pánico presentes en muchos niños.

En la presentación con títeres, además de la palabra, tienen gran importancia los gestos y los movimientos. A través de los gestos y los movimientos, el niño intenta "corporizar" el estado interno de los personajes, para visualizar su psicología y su carácter. (13)

El teatro guiñol, que nace como una manifestación lúdica, espontánea se organiza y se desarrolla en medio de los niños. Son ellos, por tanto, los espectadores ideales. El uso de títeres es una manera divertida de ayudar a los niños a aprender acerca de su salud (Figura 2). (14)

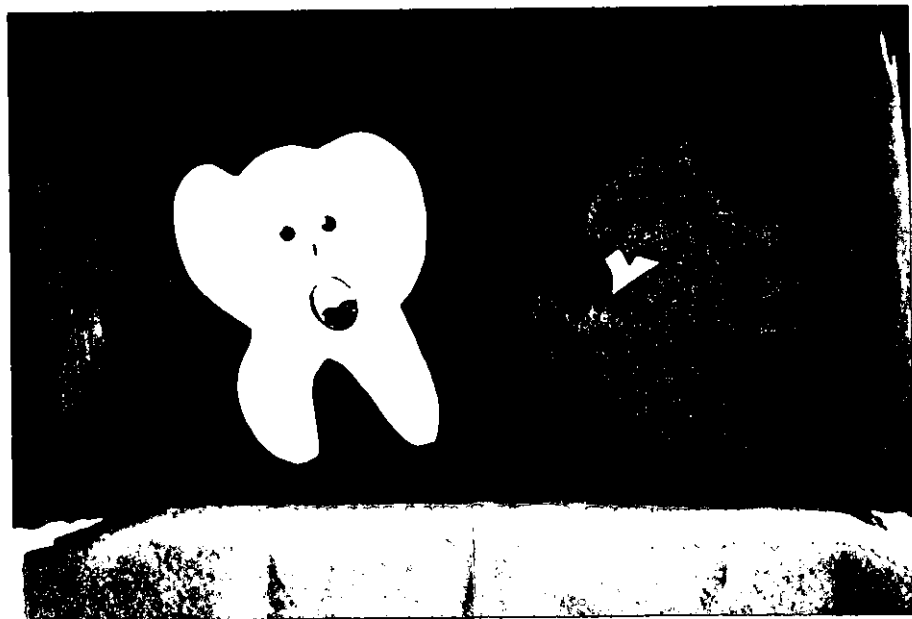


Figura 2

Hay varios tipos de títeres, según el material con el cual están elaborados:

- Títeres con bolsas de papel. Son especialmente prácticos para temas de salud acerca de la boca, la garganta o los dientes.
- Títeres de palo. Su construcción es simple, pero sus movimientos son limitados por la rigidez del material.
- Títeres de verduras. Son útiles cuando se representan temas sobre nutrición.
- Títeres de calcetín. Son los más sencillos únicamente llevan ojos y nariz. El educador mete la mano en el calcetín y coloca los dedos de tal manera que al moverlos se simula la acción de hablar.

Algunas consideraciones sobre el manejo de los títeres.

- 1 Mantenga su títere con la cara hacia el público.
- 2 Permanezca escondido detrás de la cortina.
- 3 Mueva o incline su títere cuando hable.
- 4 Hable en voz alta, para que todos lo oigan.
- 5 Practique hasta el momento que todos los participantes sepan que decir y cuando.
- 6 Use un lenguaje sencillo, procure incluir situaciones chistosas, pero sin desviar el mensaje.
- 7 Los títeres se pueden utilizar para desarrollar un guión completo, donde intervienen varios personajes.

El cirujano dentista puede utilizar títeres dentro de su consultorio, sin que se desarrolle todo un guión, simplemente para dar mensajes de salud o bien para establecer comunicaciones y desinhibir al paciente sobre todo si este es un niño (Figura 3).

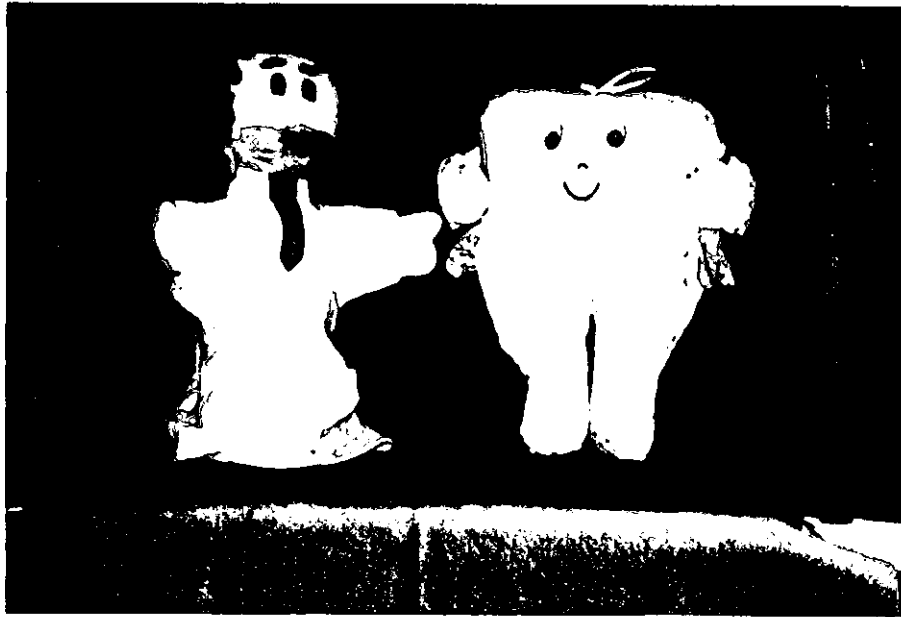


Figura 3

4.4. DEMOSTRACIÓN.

Una demostración es una técnica utilizada para mostrar a alguien cómo hacer algo en forma correcta y permitir que practique lo aprendido (Figura 4).

A través de una demostración el educador puede probar a la comunidad que es posible, y en forma relativamente sencilla, a aprender destrezas y seguir nuevos procedimientos utilizando recursos disponibles.

Muchas enseñanzas sólo cobran sentido cuando se demuestran en la práctica. La mayor parte del conocimiento relacionado con el cuidado de la salud es de tipo práctico y no teórico, por lo cual su aprendizaje debe ser de esa misma naturaleza.

Ventajas:

- La comunidad tiene la oportunidad de apreciar las destrezas del educador, lo que aumenta el respeto por su capacidad.
- El practicante tiene la oportunidad de practicar lo aprendido para comprobar su comprensión (Figura 5).

Desventajas:

- La posición del demostrador respecto a la audiencia puede ser motivo de problema. Si se ubica muy lejos, o demasiados utensilios dificultan la visión, habrá dificultades de percepción. Si la audiencia se ubica inmediatamente frente al demostrador verá sus acciones al revés, lo que podría causar dificultades al imitar la demostración.

- En comunidades pobres no es posible darse el lujo de desperdiciar alimentos, utensilios y otros implementos en demostraciones. (2)



Figura 4



Figura 5

4.5. EXHIBICIÓN DE PELÍCULAS.

Es una técnica más para facilitar la labor educativa de la comunidad; combina el movimiento, el diálogo, la música, la ambientación y el paisaje; construye un poderoso instrumento de comunicación capaz de captar y mantener la atención de la audiencia (Figura 6).

A través de este medio se puede filmar con buena calidad técnica demostraciones de hábitos, destrezas o procedimientos en prevención, cuidado y rehabilitación de enfermedades y problemas de salud.

Ventajas:

- Nos da la posibilidad de usar ésta técnica en audiencias pequeñas o grandes.
- Cumple la doble función de educación y recreación de la comunidad.
- Puede presentarse al principio del programa de educación como instrumento de motivación.
- Puede reservarse para cuando la atención de la audiencia esté decayendo y sea necesario aliviarla.
- Sirve tanto de complemento como de sustituto a la comunicación interpersonal del educador de salud.

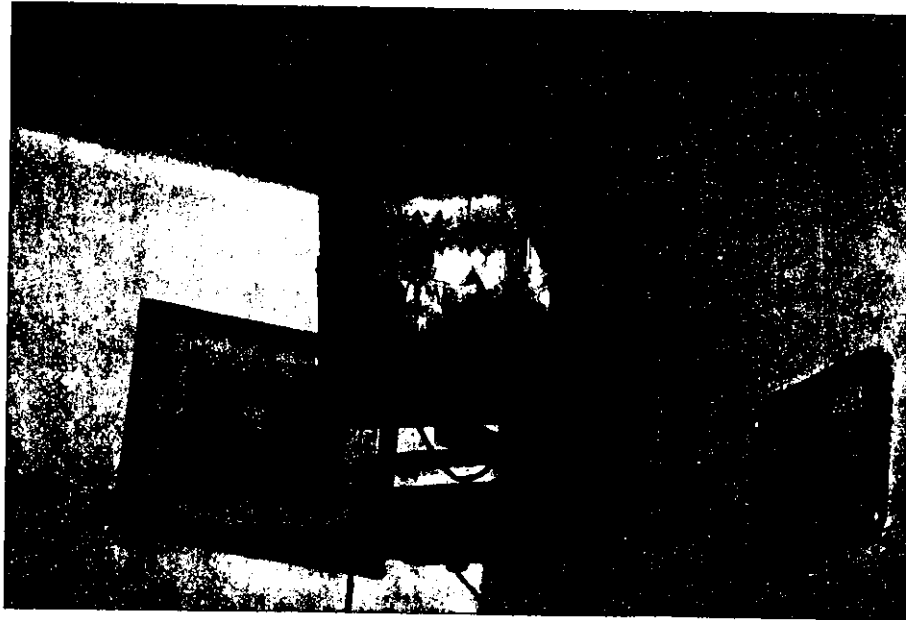


Figura 6

Desventajas:

- Requiere de equipos de alto costo y mantenimiento delicado.
- La disponibilidad de películas de buena calidad técnica y con mensajes de salud apropiados es escasa.
- La proyección se realiza en salas oscuras, por lo que es difícil para el educador analizar la reacción de la audiencia. (2)

4.6. ROTAFOLIO.

El rotafolio es un auxiliar didáctico que consiste en una serie de láminas en las que por medio de ilustraciones y textos se desarrolla un tema, éstas están ordenadas en secuencia de su presentación.

Entre los medios de comunicación de bajo costo se puede considerar el rotafolio como uno de los que tiene más oportunidades de aplicación, esto se debe a una característica de este medio, que es, integrar los temas en unidades formadas por varias láminas que están diseñadas para ser presentadas al público en secuencia lógica; es un medio fácil de realizar y los materiales con que se elabora se obtienen con facilidad y a un costo muy bajo.

Antes de iniciar la elaboración del rotafolio hay que definir el contenido del tema a desarrollar, realizar el guión educativo darle tratamiento de acuerdo al grupo que va dirigido.

En cuanto al diseño; los colores deben ser vivos, contrastantes, se recomienda no usar más de tres colores diferentes en la misma hoja.

- Las ilustraciones o recortes deben ser simples claros y sugestivos; si se usan fotografías, recortes, caricaturas, dibujos es importante integrar todo el rotafolio con el mismo tipo de ilustraciones.
- Cada lámina ilustre un punto sobresaliente del tema.
- Los textos sean simples, legibles, uniformes, que el texto no lleve más de 10 palabras por lámina.
- La ilustración debe ocupar cuando menos el 80% de la superficie.
- El material empleado en su elaboración tenga la suficiente flexibilidad para manejarlo, transportarlo y almacenarlo fácilmente.
- El rotafolio debe desglosar un solo tema.
- Los símbolos como flechas, líneas o círculos, números que indican partes importantes de un diagrama deben presentarse en colores contrastantes.

El rotafolio debe estar montado por la parte superior en un soporte que permita rotar las láminas hacia atrás.

El rotafolio se utiliza para ilustrar un fenómeno o un proceso (una enfermedad, un servicio que se presta, etcétera); también sirve para ilustrar una técnica o procedimiento y para desarrollar sintéticamente un tema en etapas lógicas (Figura 7). (14)

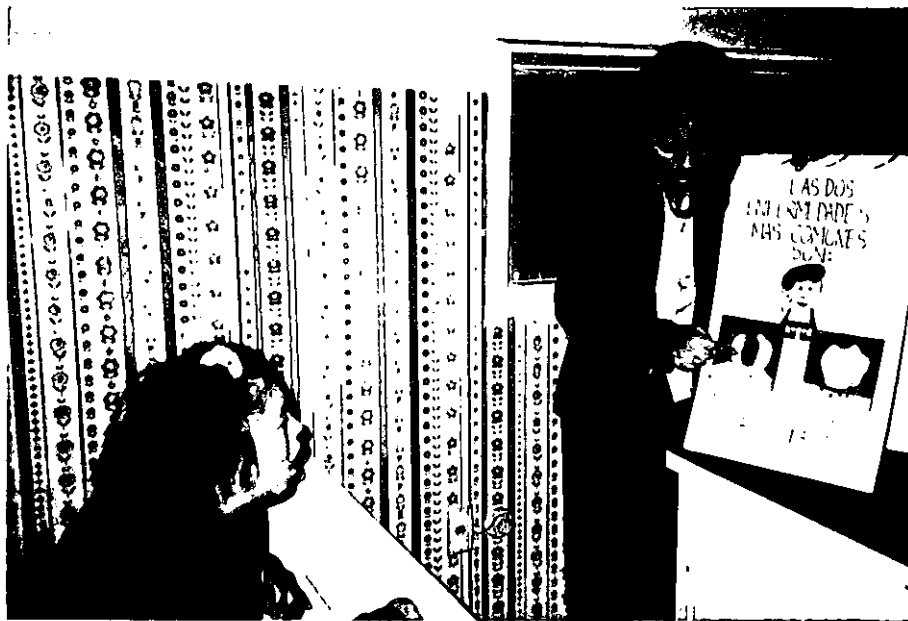


Figura 7

Ventajas:

- Es un material económico, de elaboración sencilla.
- Se puede adaptar al tipo de público con el cual se va a trabajar.
- No necesita de ninguna instalación específica para su presentación (Figura 8).

Desventajas:

- Requiere de un buen guión para que sea la "guía" en su elaboración.
- No se puede utilizar en grupos numerosos. (14)



Figura 8

4.7. SOCIO – DRAMA.

Un socio – drama es la representación espontánea, en forma dramatizada, de una situación o tema definido como parte de un esfuerzo educativo.

El propósito del socio – drama es enseñar o practicar habilidades y conocimientos y no sólo para entender.

El socio – drama no requiere de guiones escritos, memorización de partes o una coreografía especial. Los participantes actúan con la mayor espontaneidad posible.

Ventajas:

- Promueve la organización y la participación de la comunidad.
- Permite a los participantes la expresión espontánea de situaciones de la vida real, problemas, necesidades, temores y aspiraciones.
- Permite practicar destrezas aprendidas.
- Brinda una oportunidad de evaluar lo aprendido en cuanto a conocimientos, actitudes y hábitos.

Desventajas:

- No todas las personas están dispuestas a tomar parte del socio – drama.
- No es el vehículo más apropiado para la introducción de conocimientos y destrezas totalmente nuevos para la audiencia.
- Algunas personas podrían utilizar la oportunidad para expresar sus quejas contra otras, causando conflictos en el grupo.

(2)

4.8. CANCIONES.

A todos les gusta cantar o escuchar canciones, y las personas de cualquier edad conocen la melodía y la letra de sus canciones favoritas. A través de las canciones se expresan y comunican una variedad de deseos, sentimientos y emociones. Las canciones se utilizan en diversas situaciones y con diversos propósitos.

Las canciones son un medio que se utiliza para comunicar tal variedad de mensajes y es tan universalmente usado que puede también ser utilizado para transmitir mensajes de salud.

Ventajas:

- No requiere de equipos, o lugares de reunión especiales.
- Es una manera atractiva de presentar mensajes de salud.
- Estimula la participación de la comunidad.
- Los niños tienden a llevar estas canciones a sus hogares y así el alcance del mensaje aumentará.

Desventajas:

- Tiene un uso ilimitado, se utilizan solamente para mensajes cortos, simples y de corta duración.
- No son el mejor instrumento para estimular el pensamiento reflexivo o la capacidad crítica que debe constituir la base de la participación comunitaria en salud.
- Muchos adultos rehusan cantar pues piensan que necesitan un talento especial o tienen timidez de hacerlo en público. (2)

4.9. FRANELÓGRAFO.

Es una superficie de franela en un bastidor sobre la que se adhieren materiales visuales previamente elaborados, los cuales se pueden colocar en cualquier posición y se puede quitar o cambiar a voluntad.

El franelógrafo está formado por dos elementos que son:

- 1 □ Los franelogramas, que son los materiales visuales que se emplean para ilustrar los temas, son figuras, letras y signos dibujados, recortados y preparados para que puedan adherirse a la superficie "vellosa" de la franela.

2 El soporte, es la superficie de franela sobre la que se adhieren los materiales.

Condiciones de la elaboración:

- Definir el tema que se va a desarrollar.
- Elaborar un guión en que se describa detalladamente el contenido del tema (adaptado al público al que va dirigido).
- Siguiendo el contenido del guión, elaborar una relación en que se describan detalladamente cada uno de los franelogramas, que se requieren para el tema a desarrollar.
- Las ilustraciones seleccionadas deben ser atractivas de buen contraste y sencillas ya que muchos detalles pueden distraer al observador.
- Se debe buscar un tamaño adecuado para que puedan ser vistas desde cualquier ángulo del salón.
- Se recorta el material un poco más grande de la imagen que se va a aprovechar y se pega sobre la cartulina, posteriormente se le pegan, por la parte de atrás, tiritas de lija del número 1 para que tenga adherencia.

El franelógrafo puede ser utilizado en todos los niveles, en conferencias y demostraciones siempre y cuando los franelogramas estén adaptadas al tamaño y nivel de grupo; lo podemos utilizar cuando se necesiten hacer cambios rápidos que le den dinamismo a la presentación, facilita la participación de los alumnos y mantiene su atención; también sirve para desarrollar temas en que se desea trabajar con materiales previamente elaborados.

Ventajas:

- Es un material de fácil manejo, se puede transportar sin mayor problema.
- Mantiene la atención del grupo, y da dinamismo a la presentación. (14)
- El mismo público puede proponer y participar en la exposición de los franelogramas.

Desventajas:

- No se puede manejar frente a grupos numerosos.
- Los franelogramas deben estar en el orden sugerido, de lo contrario se pierde el interés del público. (14)

4.10. CARTEL

Es la presentación de un mensaje concreto a través de imágenes y textos breves. Un cartel contiene un mensaje en forma gráfica, que debe contener una sola idea sencilla y relacionada con el grupo a la que está dirigido, el mensaje debe producir un fuerte impacto, básicamente por la ilustración que ha de ser atrayente y llena de colorido; el mensaje debe ser visto y comprendido a cierta distancia y mientras se camina a un paso normal (Figura 9).

El cartel puede ser elaborado en cartulina u otro papel resistente: las medidas pueden variar dependiendo del área de visión; se pueden utilizar plumones o pinturas, recortes de periódico, fotografías, etcétera, el texto no debe contener más de siete palabras, éstas solo se agregan para destacar la imagen.

En cuanto a su diseño:

- El dibujo o ilustración debe contener el mensaje mediante la armonía del colorido.
- El tamaño de las letras del texto deben ser lo suficientemente grande para leerse a una distancia de varios metros.
- Los trazos deben ser gruesos para que fácilmente sean visibles desde lejos.

El mensaje del cartel debe ser breve y su redacción producir un fuerte impacto además de que el texto y el dibujo deben formar una unidad, de tal manera que no se pueda ver uno sin dejar de observar el otro.



Figura 9

Un buen cartel debe reunir las siguientes características:

- Llamar la atención.
- Debe ser comprendido al instante.
- Debe asociarse con el producto o servicio anunciado.
- Ha de persuadir y motivar.

Los carteles pueden utilizarse para anunciar un evento, hacer una advertencia y transmitir una idea o mensaje bien definido.

En cuanto a su ubicación, como medio de comunicación masiva, se coloca en donde los transeúntes tengan tendencia a detenerse.

No debe permanecer a la vista mucho tiempo porque el público se acostumbra a verlo y ya no produce el impacto necesario. (14)

Ventajas:

- El mensaje es reforzado por imágenes.
- Los colores le dan fuerza al mensaje.
- Se puede dar información en forma breve.

Desventajas:

- Debe cambiarse a corto plazo, ya que si permanece mucho tiempo deja de llamar la atención.
- Si no está diseñado adecuadamente puede dar una imagen diferente de la que desea.
- Los carteles vistosos (varios colores) da una impresión diferente. (14)

4.11. NARRACIÓN DE HISTORIAS.

Los cuentos o historietas pueden ser materiales de enseñanza y la Educación para la Salud se debe valer de este medio tan popular para dar mensajes de salud. (14)

La narración de historias es un antiguo método para transmitir tradiciones culturales a través de las generaciones. Las leyendas, las fábulas y la poesía épica transmitidas oralmente constituyen las raíces de una buena parte de la literatura de muchas naciones.

Las nuevas generaciones aprenden la historia de sus comunidades escuchando las narraciones de sus mayores. El folklore está lleno de historias que narran las consecuencias positivas o negativas de seguir o no seguir, las normas de conducta o los patrones culturales de una comunidad. La narración de historias se puede usar en diversas formas para entregar mensajes de salud.

Ventajas:

- A la comunidad se les puede demostrar a través de una historia cómo los personajes solucionaron sus problemas en situaciones similares.
- La comunidad desarrolla su creatividad y sacan por su cuenta las enseñanzas transmitidas.
- Motiva a los participantes y los ayuda a desarrollar su capacidad reflexiva.

Desventajas:

- Los adultos podrían sentirse tratados como niños y ofenderse.
 - El mensaje puede perderse en el trama de historia disminuyendo su efectividad como técnica educativa.
 - Si las analogías o comparaciones utilizadas en sus historias son exageradas o artificiales, la audiencia tendrá dificultades para identificarse con la historia y captar su mensaje.
 - La interpretación de una historia requiere un nivel de abstracción no siempre fácil de alcanzar con cualquier audiencia.
- (2)

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el Centro de Pedagogía Especial, A. C., donde se atienden niños con Síndrome de Down de edad preescolar y escolar, no existen programas enfocados al cuidado de la salud bucal.

6. JUSTIFICACIÓN.

Debido a que no existen programas para el cuidado de la salud bucodental para el niño con Síndrome de Down; se pretende implementar un programa en donde los niños a través de diversas técnicas didácticas puedan adoptar hábitos de salud con el fin de prevenir enfermedades bucodentales.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el Centro de Pedagogía Especial, A. C., donde se atienden niños con Síndrome de Down de edad preescolar y escolar, no existen programas enfocados al cuidado de la salud bucal.

6. JUSTIFICACIÓN.

Debido a que no existen programas para el cuidado de la salud bucodental para el niño con Síndrome de Down; se pretende implementar un programa en donde los niños a través de diversas técnicas didácticas puedan adoptar hábitos de salud con el fin de prevenir enfermedades bucodentales.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar en el Centro de Pedagogía Especial, A. C. diferentes técnicas didácticas orientadas al cuidado de la salud bucal de los escolares con la finalidad de lograr cambios actitudinales y promover el autocuidado.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Que el niño con Síndrome de Down:

- Conozca las enfermedades bucodentales más frecuentes como la caries y la gingivitis.
- Conozca y practique una adecuada técnica de cepillado.
- Adquiera y mantenga el gusto por la higiene oral.
- Se convierta en promotor de salud bucal, compartiendo con sus padres lo aprendido en la escuela.

8. METODOLOGÍA

8.1. Tipo de estudio: Intervención comunitaria.

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Pedagogía Especial, A. C. . con niños con Síndrome de Down. La muestra fue con los niños más grandes que asisten a este centro y fue de 34 niños.

El objetivo fue implementar un programa educativo a través de técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal. Se levantó un cuestionario para conocer la práctica de salud bucal que llevan a cabo los niños para lo cual se diseñó un formato, y asimismo se diseñó y levantó un cuestionario para los padres de familia (Anexo).

8.2. LÍMITES DEL PROGRAMA.

De espacio: en el Centro de Pedagogía Especial, A. C.

De tiempo: 15 días.

Universo de trabajo:

- Preescolar: 8 niñas, 7 niños.
- Primer nivel: 9 niñas, 8 niños.
- Segundo nivel: 10 niñas, 8 niños.
- Tercer nivel: 9 niñas, 7 niños.

8.3. DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y PRECISIÓN.

Cronograma:

ACTIVIDADES	FECHA
Recopilación bibliográfica acerca del aprendizaje en el niño con Síndrome de Down.	Del 9 al 20 de Octubre.
Selección de escuela.	Del 23 al 27 de Octubre.
Revisión y selección de material bibliográfico	Del 30 de Octubre al 9 de Noviembre.
Reconocimiento del área de trabajo	10 de Noviembre.
Elaboración de material didáctico.	Del 10 al 13 de Noviembre.
Presentación con los niños y revisión de cepillos dentales.	13 de Noviembre.
Cantos y juegos diversos para socialización con los niños de segundo nivel.	14 de Noviembre
Cantos y juegos diversos para socialización con los niños del tercer nivel.	15 de Noviembre.
Presentación de teatro guiñol titulado "Acidín malacaries" (referente a caries y gingivitis)a todos los grupos del Centro.	16 de Noviembre.

ACTIVIDADES	FECHA
Plática apoyada con rotafolio acerca de la caries dental y la enfermedad periodontal a los niños de segundo nivel.	17 de Noviembre.
Plática apoyada con rotafolio acerca de la caries dental y la enfermedad periodontal a los niños de tercer nivel.	21 de Noviembre.
Evaluación del teatro guiñol y plática con rotafolio.	22 de Noviembre.
Demostración de técnica de cepillado a través de un tipodonto; y práctica de la misma con los niños de segundo nivel y a las educadoras.	23 de Noviembre.
Demostración de técnica de cepillado a través de un tipodonto; y práctica de la misma con los niños de tercer nivel.	23 de Noviembre.
Reforzamiento de la técnica de cepillado con una canción a los niños de segundo nivel.	24 de Noviembre.
Reforzamiento de la técnica de cepillado con una canción a los niños de tercer nivel.	24 de Noviembre.
Evaluación de la práctica de la técnica de cepillado a los niños de segundo nivel.	27 de Noviembre

ACTIVIDADES	FECHA
Evaluación de la práctica de la técnica de cepillado a los niños de tercer nivel.	27 de Noviembre.
Juegos (rompecabezas, serpientes y escaleras), y evaluación de los juegos a los niños de segundo nivel	28 de Noviembre.
Juegos (rompecabezas, serpientes y escaleras), y evaluación de los juegos a los niños del tercer nivel.	28 de Noviembre.
Exhibición de película titulada "El Dr. Rabbit" acerca de la técnica de cepillado y caries dental a los niños de segundo y tercer nivel.	29 de Noviembre.
Explicación del cartel acerca del cepillado y la prevención de la caries dental a los niños de segundo y tercer nivel.	30 de Noviembre
Evaluación final del programa.	Del 1 al 5 de Diciembre.

8.4. ORGANIZACIÓN.

8.4.1. Métodos de las actividades.

a□ Recopilación bibliográfica. La recopilación bibliográfica se realizó sobre el aprendizaje en los niños con Síndrome de Down para saber que técnicas didácticas se aplican en este tipo de niños.

b□ Selección de la escuela. Se obtuvieron direcciones de Escuelas de Educación Especial por medio de la Sección Amarilla y del apéndice del libro titulado "El niño Down, mitos y realidades" de Luis Jasso.

Se seleccionaron las escuelas que estuvieran dentro de la Delegación Coyoacán, y se visitaron cinco de estas escuelas para ver cual de éstas era la más apropiada para llevar a cabo el programa de educación para la salud. La escuela seleccionada fue el "Centro de Pedagogía Especial, A. C."

c□ Una vez que se obtuvo el permiso de la directora para llevar a cabo el programa se realizó un recorrido a las instalaciones de la escuela para ver con que servicios cuenta, número de aulas disponibles, número de niños inscritos en este ciclo escolar, y la distribución de los grupos.

d□ Elaboración del material didáctico para la realización del teatro guiñol, el rotafolio, y los juegos.

- Para el teatro guiñol se realizaron cuatro muñecos de fieltro representado con éstos a un dentista, a un niño, una niña, y a la mamá de los niños.

Con foami (material de goma) se elaboraron dos muelitas simulando una sana y la otra cariada, también se elaboró con este material un monstruo representando a la caries dental.

Se realizó un guión para el teatro guiñol de una manera breve y de fácil asimilación para los niños acerca de la formación y prevención de la caries dental y la gingivitis.

- Para la realización del rotafolio se elaboraron dibujos en cartulina utilizando colores vivos y contrastantes; cada lámina ilustró un punto sobresaliente del tema.

Se dibujó el juego de serpientes y escaleras en tela pellón utilizando figuras referentes al tema de la formación y prevención de la caries dental.

Se realizaron 15 rompecabezas con foami (material de goma) con figuras como muelitas sanas y cariadas, cepillo dental y pasta dental.

e□ Se revisará si el tamaño de los cepillos dentales es el apropiado para cada niño (individual), y si se encuentra en buenas condiciones (que no tengan las cerdas abiertas y duras).

f Técnica de cepillado.- Para la demostración de la técnica de cepillado se utilizará un tipodonto y un cepillo; la técnica de cepillado que se empleará será la de Stillman que consiste en el cepillado de los dientes superiores hacia abajo, los dientes inferiores hacia arriba y los molares en su superficie oclusal con movimientos circulares.

g Las canciones que se llevarán a los niños serán sobre la técnica de cepillado.

8.4.2.-Organismos que cooperan.

- Facultad de Odontología.
- Centro de Pedagogía Especial, A. C.
- L. G. Chemical Ltd.

8.4.3.- Recursos materiales.

MATERIAL	EQUIPO
Papel bond.	Computadora.
Hojas tamaño carta.	Impresora.
Cartulina y papel cascarón.	Fotocopiadora.
Lápiz, pluma, colores, y plumones.	Máquina de coser.
Resistol y silicón.	Pistola de silicón.

MATERIAL	EQUIPO
Filtro en colores carne, rojo, negro, blanco, café.	Cámara fotográfica.
Estambre en colores: café, café oscuro.	
Tela en color negro.	
Retazo de tela estampada.	
Relleno sintético.	
Foami color blanco, negro, gris.	
Tela pellón	
Agujas, hilos de colores, y botones.	
Tijeras.	
Tipodonto y cepillo	
Macromodelos de yeso.	
Cepillos y pastas dentales.	
Conos de papel.	

8.4.4.- Locales.

- ☐ Baños (de niñas y niños).
- ☐ Cuatro aulas.
- ☐ Patio.

8.4.5.- Instructivos.

Se elaboró un memorandum en el cual se informó a los padres de familia sobre las actividades que se llevarían a cabo con sus hijos con la finalidad de que lo aprendido en la escuela lo practiquen en su casa.

ESTADO DE SONORA
DE LA EDUCACIÓN

8.5. RECURSOS HUMANOS.

- Dos pasantes de odontología.
- Dos educadoras.

Determinación de funciones:

Educadoras:

- Elaboración del material didáctico junto con las pasantes.
- Ayudar al control de los niños.
- Supervisar junto con las pasantes la técnica de cepillado de los niños.

Pasantes de odontología:

- Recopilación y revisión bibliográfica.
- Búsqueda y selección de escuela.
- Reconocimiento del área de trabajo.
- Elaboración del material didáctico junto con las educadoras.
- Realización del guión para el teatro guiñol y para la plática con rotafolio.
- Realización del memorandum dirigidos a los padres de familia.
- Realización del teatro guiñol, plática con rotafolio, juegos, y cantos.
- Demostración de la técnica de cepillado.
- Control de los niños con ayuda de las educadoras.
- Evaluación de las actividades.

Reclutamiento del personal.

En este caso no se contratará personal, ya que se cuenta con la colaboración de las educadoras del Centro de Pedagogía Especial A. C., para la realización de las actividades que se llevarán a cabo en este programa.

Adiestramiento del personal.

Se le adiestrará a las educadoras en la técnica de cepillado al mismo tiempo que se les adiestrará a los niños. Las educadoras apoyarán en la revisión de la técnica a los niños.

8.6. RECURSOS FINANCIEROS.

Elaboración del presupuesto.

El costo total del programa es de \$457.

Obtención de fondos.

El 50% de los fondos los aportará el Centro de Pedagogía Especial A.C., a través de los padres de familia.

El otro 50% lo aportarán las pasantes de odontología.

Las pastas serán donadas por L. G. Chemical Ltd.

8.7. EJECUCIÓN.

Las pasantes de odontología y las educadoras llevarán a cabo cada una de las actividades conforme al cronograma y a la determinación de funciones anteriormente descritas en los siguientes lugares:

- En las respectivas aulas de cada grupo se llevarán a cabo:
 - La presentación con los niños.
 - La revisión de los cepillos dentales.
 - Cantos.
 - Teatro guiñol.
 - Platica con rotafolio.
 - Demostración de la técnica de cepillado.
 - Rompecabezas.

- En el patio se realizarán:

- Juegos para socialización con los grupos de trabajo.
- Juego de serpientes y escaleras.
- La práctica de la técnica de cepillado con cada uno de los grupos dividiendo a las niñas de los niños se llevará a cabo en los baños.

9. RESULTADOS

En la investigación la muestra de estudio fue de 34 niños con Síndrome de Down de los cuales el 56% fueron niñas y el 44% fueron niños (Gráfica 1).

Resultados de la evaluación de las técnicas didácticas implementadas en el Centro de Pedagogía Especial, A. C.

Al realizar la evaluación de cada una de las técnicas didácticas aplicadas a la población de estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

En el teatro guiñol el 100% de los niños estuvo motivado. Como se puede observar esta técnica didáctica mostró los mejores resultados ya que todos los niños participaron y mostraron interés por dicha actividad. (Gráfica 2).

En la exhibición de la película el 97% de los niños se mostraron motivados porque se realizó con una película de caricaturas animadas y canciones (Gráfica 8).

El 94% de los niños aprendieron la canción sobre la técnica de cepillado, esta técnica fue efectiva ya que los niños llevaron el mensaje de salud a sus hogares (Gráfica 5).

En la técnica del rompecabezas el 94% de los niños identificaron las figuras. Prácticamente casi todos los niños se involucraron en el juego reforzando sus conocimientos dentales aprendidos (Gráfica 6).

La técnica del cartel causó impacto en el 94% de los niños por el mensaje y el dibujo plasmados en el cartel; por lo que esta técnica los motivó (Gráfica 9).

En el juego de serpientes y escaleras el 82% de los niños participaron reforzando sus conocimientos acerca de la caries y la gingivitis (Gráfica 7).

En la técnica del rotafolio el 82% de los niños participaron demostrando interés por el tema presentado, ya que el colorido de las ilustraciones los motivó (Gráfica 3).

En la demostración y práctica de la técnica de cepillado el 76% de los niños aprendieron la técnica del cepillado dental y el 24% restante está en proceso ya que los niños no controlan adecuadamente sus movimientos por lo que se les dificulta un poco realizar el cepillado dental (Gráfica 4).

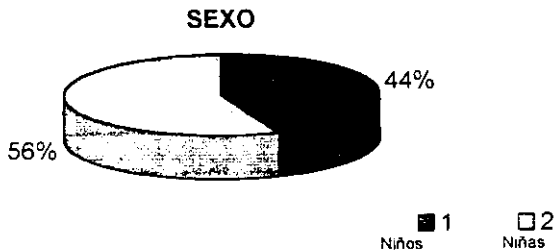
Se realizó una comparación de los resultados de las técnicas para saber cuál de éstas tuvo mayor efectividad y causó mayor impacto en los niños con Síndrome de Down. (Gráfica 10)

Durante el programa llevado a cabo en el Centro de Pedagogía Especial se entrevistó a los padres de familia de los grupos de segundo y tercer nivel asistentes con el fin de evaluar su contribución a la salud bucal de sus niños antes y después del programa. Para este estudio se tomó una población heterogénea de padres a la que se le aplicó un cuestionario obteniendo como resultado del primer cuestionario que el 82% de los padres de familia mostraron interés por el cuidado de la salud bucal de sus hijos y en el segundo cuestionario aplicado al terminar el programa el interés de los padres se incrementó a un 94% (Gráfica 11 y 12).

También se aplicaron dos cuestionarios a los niños de segundo y tercer nivel para conocer el interés que tuvieron éstos al inicio y al final del programa de salud bucal.

Se obtuvieron los siguientes resultados el 65% de los niños mostró interés por el cuidado de su salud bucal ya que tenían un conocimiento previo por visitas anteriores al dentista y el 35% restante no mostró interés debido a la falta de conocimientos y motivación. En el segundo cuestionario que se aplicó al término del programa, el interés por el cuidado de la salud bucal de los niños se incrementó a un 97%, debido a las técnicas didácticas de motivación que se llevaron a cabo durante el programa de salud bucal (Gráfica 13 y 14).

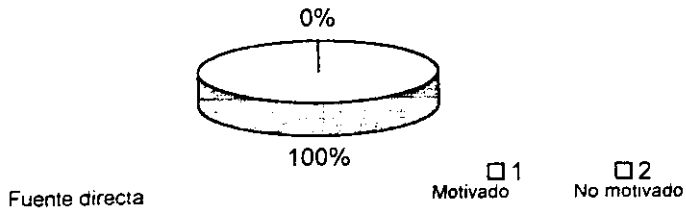
Gráfica 1. Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down



Fuente directa

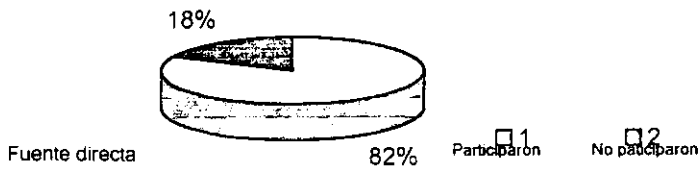
Gráfica 2. Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down

Evaluación del teatro guiñol



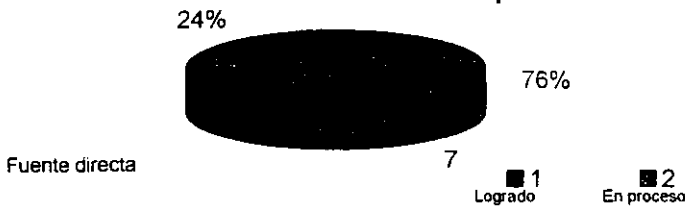
Fuente directa

Gráfica 3. Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down
Evaluación del rotafolio

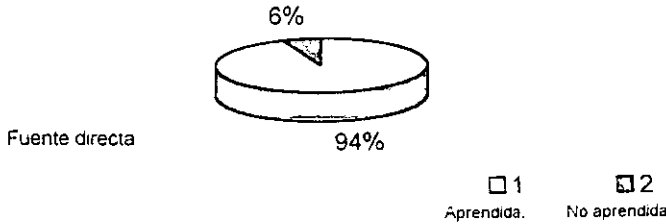


Gráfica 4. Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down.

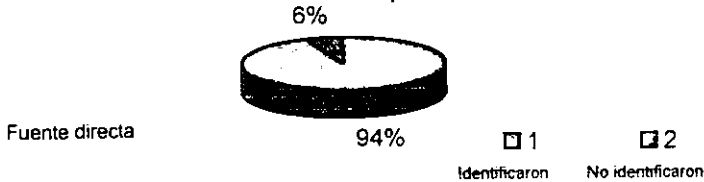
Evaluación de la técnica de cepillado.



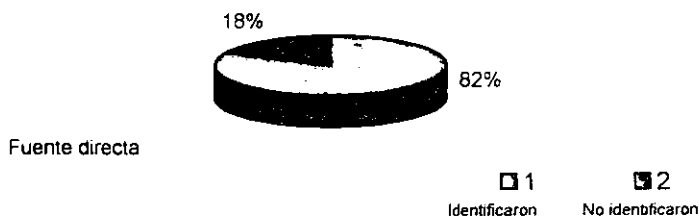
Gráfica 5. Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down. Evaluación de canción.



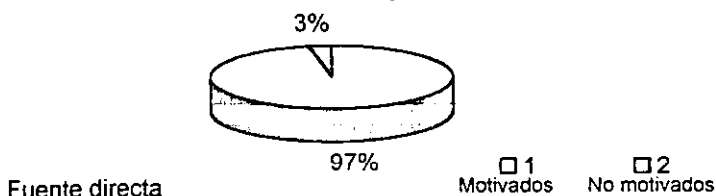
Gráfica 6. Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down. Evaluación del rompecabezas.



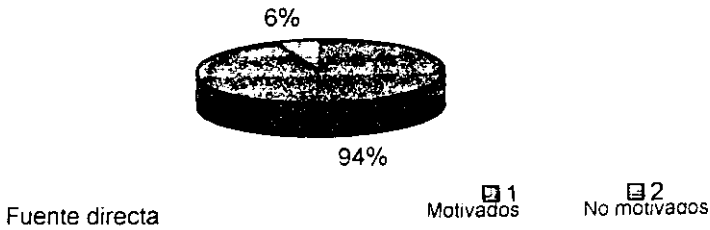
**Gráfica 7. Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down
Evaluación de juegos.**



**Gráfica 8. Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down
Evaluación de la película.**



Gráfica 9. Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down
Evaluación del cartel.

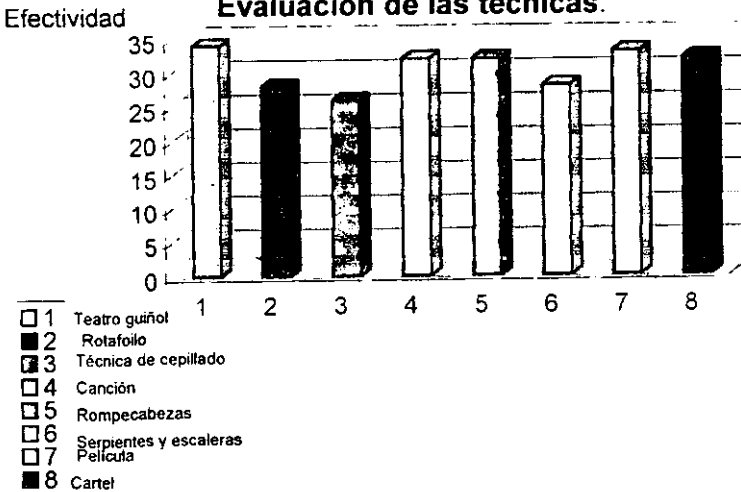


Fuente directa

1 Motivados

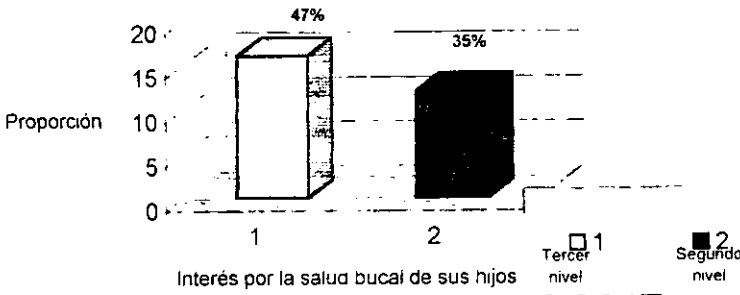
2 No motivados

Gráfica 10 Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down
Evaluación de las técnicas.



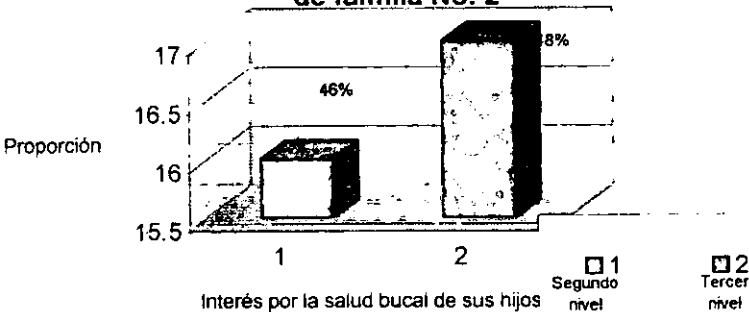
Gráfica 11 Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down

Evaluación del cuestionario aplicado a padres de familia No. 1

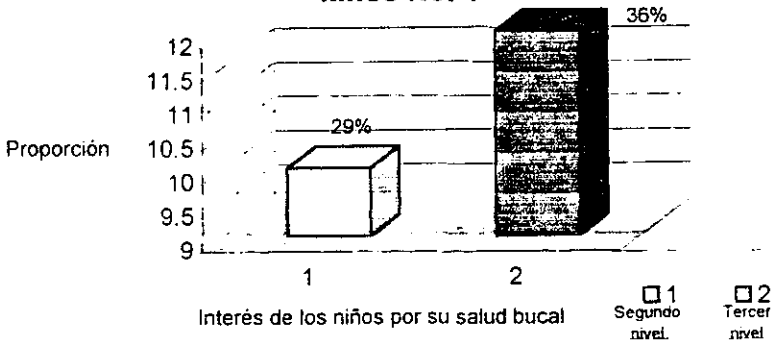


Gráfica 12 Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down

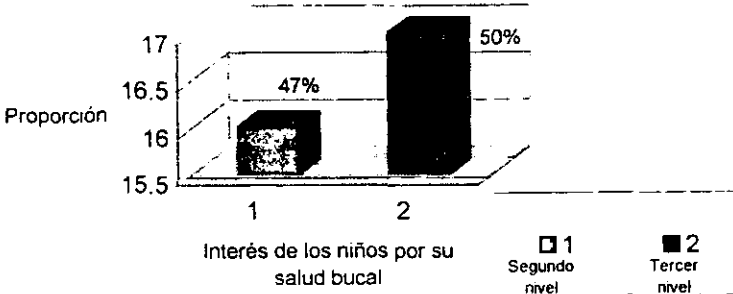
Evaluación del cuestionario aplicado a padres de familia No. 2



Gráfica 13 Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down
Evaluación del cuestionario aplicado a los niños No. 1



Gráfica 14 Técnicas didácticas para el cuidado de la salud bucal en niños con Síndrome de Down
Evaluación del cuestionario aplicado a los niños No. 2



10. CONCLUSIONES

Al término del programa en el Centro de Pedagogía Especial, A. C., se comprobó que los niños contaban con un nivel básico de información acerca de su salud bucal; además de tener malos hábitos de higiene debido a que no existen programas de salud bucal en las escuelas de educación especial. La poca información que tienen es obtenida en su entorno familiar.

Se llegó a la conclusión de que si se implementan programas de salud bucal en las escuelas de educación especial llevando a cabo técnicas didácticas de fácil comprensión y asimilación los niños con Síndrome de Down pueden adoptar hábitos benéficos para su salud bucal.

Es importante que se siga motivando al niño con Síndrome de Down en la escuela y en el hogar después de terminado el programa, para que lo aprendido acerca del cuidado de su salud bucal lo continúe reforzando y no sea olvidado.

11.GLOSARIO

A

Abstracción: Operación mental en la cual se extrae o se aísla un contenido, como un carácter general, de una conexión que contiene otros elementos, cuya combinación, como totalidad, es algo único e individual y por tanto no es plausible comparar.

Afectividad: Conjunto de reacciones psicológicas del ser humano al enfrentarse a situaciones que provoca su vida, tanto en el exterior como en el interior. Es el dominio de lo desagradable y agradable, el odio y el amor. Es individual y es social.

Aprendizaje: Afectividad o proceso del individuo que produce cambios adaptativos en un ser vivo y que modifica de manera permanente sus posibilidades, como resultado de la experiencia, adquiriendo o modificando hábitos y obteniendo conocimientos.

B

Bipedestación: Acción de ejercer la calidad de bípedo. Posición sobre dos pies.

Bípedo (a): Que posee dos extremidades inferiores para deslizarse o caminar y que tiene dos pies.

C

Cognoscitivo: Se refiere a los procesos del conocimiento o de la inteligencia (intelecto).

Consciente: Nivel o grado de funcionamiento en el cual la persona advierte, percibe o se da cuenta de su ambiente y de las circunstancias a las que reacciona y en grado menor o mayor de las motivaciones de su propio ser. Es el medio en el cual se llevan a cabo el pensamiento constructivo y la conducta intencional.

D

Deambulaci3n: Acci3n de deambular. Marcha, paseo, movimiento del caminar. / Acci3n de marchar caminando en una superficie horizontal sin apoyarse.

Deambular: Marchar, pasear, caminar.

D3bil mental: Dentro de los deficientes mentales, son los menos afectados, los m3s cercanos a la normalidad. Tienen una edad mental entre 8 y 12 a1os siendo adultos.

Deficiencia mental: T3rmino psicol3gico antiguo, sustituido actualmente por "Retraso mental".

Desarrollo: Proceso de cambio que se presenta en un ser vivo, en su forma, estructura y organismo individual, desde el nacimiento hasta la madurez.

Discriminar: Acción de distinguir respecto a varias características entre dos o más objetos del pensamiento de naturaleza concreta, ya sean psíquicos (como los estados de conciencia), ya sean físicos (como los estados de la percepción).

E

Edad cronológica: Edad que tiene un individuo en un momento determinado, contando desde el momento de su nacimiento.

Edad mental: Concepto estadístico-psicológico que determina el grado de desarrollo psíquico-mental de un individuo comparado con el promedio de individuos de su misma edad corporal o cronológica.

Sinónimo: edad intelectual.

F

Fisura: Hendidura o surco, tanto patológico como normal.

H

Hiperflexibilidad: Flexibilidad en demasía o forzada.

K

Kinestesia: Sistema de información corporal de la totalidad de las sensaciones, por las cuales nos damos cuenta de la posición y peso de nuestros miembros musculares y de nuestro propio movimiento muscular, en el espacio tanto activo como pasivo. Es una sensación difusa que indica que funcionan normalmente todos los órganos del cuerpo. Sinónimo: Cinestesia.

L

Lectoescritura: Etapa de la enseñanza anterior al aprendizaje de la lectura y la escritura, en la cual se le dan bases al niño por medio de ejercicios específicos para que adquieran las habilidades necesarias que le facilitan dicho aprendizaje.

Locomoción: Acción de trasladarse de un organismo o una máquina de un lugar a otro por medio de su mecanismo orgánico o mecánico.

M

Macroglosia: Desarrollo exagerado de la lengua, congénito o adquirido.

Maloclusión: Fenómeno que se presenta cuando al cerrar la boca el contacto entre la hilera superior y la inferior de las muelas no es el adecuado, en especial para llevar a cabo la función de masticar.

Memoria: Capacidad de recordar, retener, repetir, recitar, reproducir, lo aprendido tanto en conocimientos intelectuales como habilidades corporales.

Mental, retraso: Características de los sujetos cuya capacidad de aprendizaje, desarrollo mental y capacidad de adaptarse a la sociedad, ha sido disminuida, ya sea de nacimiento o no, irreversiblemente o no.

Mongoloide: Individuo que siendo de raza blanca tiene características raciales semejantes a la raza mongólica. / Personas con Síndrome de Down.

Motor (a): Referente al movimiento. / Que toma parte o causa la estimulación de un músculo, o un grupo muscular. / Músculo, nervio o centro que produce movimiento.

N

Nistagmus, Nistagmo: Guiño espasmódico de los párpados. Oscilación del globo ocular (ojo) alrededor de su eje vertical u horizontal.

O

Ojiva: Figura geométrica formada por dos arcos circulares del mismo tamaño, vuelta una concavidad hacia la otra y cortándose en un extremo, de tal manera que se forma una especie de arco. Se utiliza en los arcos del arte gótico.

Ojival: En forma de ojiva.

S

Síndrome: Conjunto, complejo o cuadro de síntomas que existen a un tiempo, caracterizando a una enfermedad, trastorno o estado específico de anomalía de un individuo.

Síndrome de la trisomía G-21: Nombre con el que también se le conoce al Síndrome de Down o Mongolismo.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. GOLEMAN Daniel, El Espíritu Creativo. Tomo II. La Revolución de la Creatividad, Editorial Vergara, Bogotá.
2. Manual de Técnicas para una Estrategia de una Comunicación en Salud. Editorial OPS. Washington, 1995. 108 p.p.
3. DR JASSO Luis. El Niño Down, Mitos y Realidades. Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V., México, D. F. 232 p.p.
4. WEYMAN Joan, Odontología para niños impedidos, Editorial Mundi S. A. I. C. Y F., Buenos Aires Argentina, 1976, 142 p.p.
5. GARCÍA Escamilla, Sylvia, El niño con Síndrome de Down, Editorial Diana, México, 1991, 242 p.p.
6. J. NOWAK Arthur, Odontología para el Paciente Impedido., Editorial Mundi, S. A.I. C. Y F., Buenos Aires, Argentina 1979., 409 p.p.
7. Técnicas y actividades. Educación infantil., Ediciones Ceac., Barcelona, 1998., 195 p.p.
8. KROEGER A., Luna R., Atención Primaria de Salud (Principios y métodos)., Editorial Pax., México 1992., 2° edición, páginas: 16 – 18.
9. POZO, Hugo., Recreación Escolar., Editorial Avante, S. A., México, D. F. 1984., 6° edición, páginas: 27 – 29.

10. PIAGET J., Seis Estudios de Psicología., Editorial Ariel, Febrero 1992, páginas: 31 – 60.

11. GUFARDO E., Presentación de Jean Piaget, su Obra y su Tiempo., Academia de Educación Básica., México, UPN, 1988, páginas: 1 – 34.

12. TURNER J., Juegos., Editorial Panamericana.

13. PIANTONI Carlo., Expresión, Comunicación y Discapacidad. Modelos Pedagógicos y Didácticos para la Integración Escolar y Social., Editorial Narca, S. A., Madrid 1997.

14. Educación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud, Editorial OPS, 1990.

13. ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA**

Cuestionario para padres de familia No. 1.

1 ¿El niño tiene cepillo en su casa?

A) Si.

B) No.

2 ¿Cuántas veces al día se lava el niño los dientes?

A) Nunca

B) 1 vez al día.

C) 2 veces al día.

D) 3 veces al día.

E) Ocasionalmente.

3 ¿Con qué acostumbra el niño lavarse los dientes?

A) Solo con agua.

B) Pasta y cepillo.

C) Bicarbonato.

D) Otros.

4 5. El cepillado de los dientes en su casa el niño lo realiza:

A) Solo.

B) Con ayuda de sus padres.

5 □ ¿Quién enseñó a su hijo (a) a cepillarse sus dientes?

A) Sus padres.

B) Familiares.

C) Sus maestras.

D) Dentista.

6 □ ¿Cree usted que sea importante cuidar la salud de los dientes de leche de su hijo (a)?

A) Si.

B) No.

7 □ ¿Cree usted que los dulces afectan los dientes de su hijo (a)?

A) Si.

B) No.

8 □ ¿Cree usted que sea importante que se lleve a cabo un programa de salud bucal en la escuela.

A) Si.

B) No.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

Cuestionario para padres de familia No. 2.

1 ¿El niño tiene cepillo dental en su casa?

A) Sí.

B) No.

2 ¿Cuántas veces al día se lava el niño los dientes?.

A) Nunca.

B) 1 vez al día

C) 2 veces al día.

D) 3 veces al día

E) Ocasionalmente.

3 ¿Con qué acostumbra el niño lavarse los dientes?

A) Sólo agua.

B) Pasta y cepillo dental.

C) Bicarbonato.

D) Otros.

4 El cepillado de los dientes en su casa el niño lo realiza:

A) Sólo.

B) Con ayuda de sus padres.

5 El niño le ha comentado sobre las actividades llevadas a cabo en la escuela respecto a la salud bucal:

- A) Que le han gustado. B) Que no le han gustado.
C) Que son aburridas. D) No ha comentado nada.

6 El niño le ha comentado sobre lo aprendido en la escuela acerca de la caries dental.

- A) Si B) No.

7 El niño le ha comentado sobre lo aprendido en la escuela acerca de la inflamación y sangrado de las encías.

- A) Si. B) No.

8 ¿A notado cambios de conducta del niño respecto al cuidado de su salud bucal?

- A) Motivado. B) No motivado.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

Cuestionario para niños No 1.

1 ¿ En tu casa tienes cepillo dental?

A) Si.

B) No.

2 ¿Quién te enseñó a lavarte los dientes?

A) Mis papás.

B) Mis hermanos.

C) Mis familiares.

D) Mi maestra.

E) El dentista.

3 ¿Cuántas veces lavas tus dientes al día?

A) Nunca.

B) 1 vez al día.

C) 2 veces al día.

D) 3 veces al día.

E) Ocasionalmente.

4 ¿Con qué lavas tus dientes?

A) Cepillo y agua.

B) Cepillo y pasta.

5 ¿Te han dolido los dientes?

A) Si.

B) No.

6 ¿Te han sangrado las encías?

A) Si.

B) No.

7 ¿Comes dulces?

A) Si.

B) No.

8 ¿De qué tipo?

A) Dulces.

B) Salados.

C) Ambos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

Cuestionario para niños No. 2..

1. ¿En tu casa tienes cepillo dental?

A) Si.

B) No.

2. ¿Cuántas veces lavas tus dientes al día?

A) Nunca

B) 1 vez al día.

C) 2 veces al día.

D) 3 veces al día.

E) Ocasionalmente.

3. ¿Con qué lavas tus dientes?

A) Cepillo y agua.

B) Cepillo y pasta.

4. ¿Crees que sea importante cuidar tus dientes?

A) Si.

B) No.

5. ¿Te ha gustado lo que te hemos enseñado?

A) Si.

B) No

6. ¿Has participado en las actividades que hemos realizado?

A) Si

B) No.

C) Ocasionalmente.