



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE CPOD EN NIÑOS DE 6-12 AÑOS CON DISCAPACIDAD
VISUAL. INSTITUTO PARA CIEGOS Y DÉBILES VISUALES. DIF-SEP 2005

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tania Mercedes Rodarte Murguía', written over a large circular scribble.

TANIA MERCEDES RODARTE MURGUIA

DIRECTORA: MTRA. MARÍA DE LOURDES ERIKSEN PERSSON

MÉXICO D. F.

2005

AGRADECIMIENTOS

A mi segunda casa, la Facultad de Odontología, gracias por hospedarme.

A todos mis profesores, gracias por todas las horas de enseñanza.

A mis compañeros por los buenos momentos compartidos dentro y fuera de la Facultad, en especial gracias Yuriko, Karla, y Norma por compartir los últimos momentos juntas.

A mi amiga Alejandra gracias por estar conmigo en todo momento; Fredy, Yadira, Nancy, Ale, gracias por permitirme entrar en su vida, los quiero mucho.

A los papás de Gerardo que también contribuyeron para finalizar mi carrera.

A la Dra. Ma. Elena Nieto, a la Dra. Leonor Ochoa, gracias por el apoyo.

A mi directora de tesis a la M. en C. María de Lourdes Eriksen Persson por dirigir esta investigación y por que día a día se conocen bellas personas.

Al Instituto para Ciegos y Débiles Visuales, y a los chiquitos que acuden a él, sin ellos no se habría realizado esta investigación.

GRACIAS

A mi padre gracias por tu bendición donde quiera que estés.

**A mi madre por todo su amor y apoyo hasta ahora, gracias
por darme la vida.**

**A mis hermanas y sobrinos por su comprensión, apoyo y
amor,**

**y a alguien muy especial en mi vida, Gerardo, por
tanto amor y tantos años compartidos, por el apoyo
incondicional gracias. Soy muy feliz.**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. ANTECEDENTES	
2.1 DEFINICIÓN DE DISCAPACITADO	7
2.2 DEFINICIÓN DE CEGUERA	9
2.3 INCIDENCIA DE CEGUERA	11
2.4 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	12
2.5 NIÑOS CIEGOS	15
2.6 PAPEL DE LOS PADRES	15
2.7 SOCIEDAD	17
2.8 EL ODONTÓLOGO	18
2.9 ODONTOLOGÍA Y EL DISCAPACITADO VISUAL	19
2.10 EVALUACIÓN DEL PACIENTE DISCAPACITADO VISUAL	20
2.11 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA O NECESIDAD SENTIDA	21
2.12 LA PREVENCIÓN EXISTE EN LOS DISCAPACITADOS VISUALES	23
2.13 ESTADO DEL ARTE	25
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
4. JUSTIFICACIÓN	32
5. OBJETIVOS	
5.1 OBJETIVO GENERAL	32
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	33
6. METODOLOGÍA	
6.1 MATERIAL Y MÉTODO	33

6.2 TIPO DE ESTUDIO	36
6.3 POBLACION DE ESTUDIO	36
6.4 MUESTRA	36
6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
6.7 VARIABLES DE ESTUDIO	37
6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE	37
6.9 VARIABLE DEPENDIENTE	37
6.10 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTIÇO	37
6.11 RECURSOS	
6.11.1 HUMANOS	38
6.11.2 MATERIALES	38
6.11.3 FINANCIEROS	38
7. RESULTADOS	39
8. CONCLUSIONES	53
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	57

Sembremos una acción
y cosechemos una costumbre.
Sembremos una costumbre
y cosechemos un hábito.
Sembremos un hábito
y cosechemos un carácter.
Sembremos un carácter
y cosechemos un destino.

Bhagavan Sri Sathya Sai Baba

1. INTRODUCCIÓN

Dada la necesidad de atención que requieren los niños con discapacidad, se debe tener en cuenta que la etapa de la niñez es la base de su salud integral. Es de real importancia saber que las personas impedidas requieren de cuidados especiales, no solo en cuanto a la adquisición del conocimiento, sino a la atención integral que debe recibir el niño sobre su cuidado general y por ende dental.

El objeto de este estudio es evaluar las necesidades dentales que tienen los niños discapacitados visuales, y que en un futuro los odontólogos las tomen en cuenta, para considerar técnicas especiales en el trato tanto para prevenir problemas dentales y conservar la salud, como para rehabilitaciones si fuesen necesarias. A través de un estudio de prevalencia de CPOD en niños de 6-12 años con discapacidad visual, en el Instituto para Ciegos y Débiles Visuales. DIF-SEP 2005, se observaran las necesidades que requieren este tipo de niños, ya que en mi experiencia de estudiante esta población esta totalmente olvidada y no existe ninguna atención hacia ellos siendo que también requieren de servicios odontológicos como cualquier persona.

Por lo tanto este estudio pretende establecer la necesidad sentida de una atención permanente en este Instituto de la ceguera a través del servicio social de la Facultad de Odontología para atender, vigilar y mantener la salud oral en esta población especial.

2. ANTECEDENTES

2.1 DISCAPACITADO

Discapacitado es aquella persona cuya condición psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por problemas físicos y/o mentales, y que le impide alcanzar su pleno potencial, (ONCE).

La terminología sobre la discapacidad ha cambiado en las últimas décadas; para aludir a la población con estas características se han usado términos como el de "impedidos", "inválidos", "minusválidos", "incapacitados", "discapacitados", "personas con discapacidad", "personas con alguna discapacidad".

La Organización de las Naciones Unidas, a través de la Organización Mundial de la Salud, en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) define cada uno de dichos términos; estas definiciones son retomadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Revisión:

Deficiencia: hace referencia a las anomalías de la estructura corporal, de la apariencia y de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio las deficiencias representan trastornos en el nivel del órgano (dimensión orgánica o corporal).

Discapacidad: refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en el nivel de la persona (dimensión individual).

Minusvalía: hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así

pues, las minusvalías reflejan dificultades en la interacción y adaptación del individuo al entorno (dimensión social).

La discapacidad se define también como la exteriorización funcional de las deficiencias o limitaciones físicas o mentales; al relacionarlas con el contexto social producen desventajas o minusvalías, (INEGI).

Con respecto a la discapacidad visual, La Organización Mundial de la Salud define al deterioro visual de acuerdo a la tabla siguiente:

CATEGORÍAS DE DISCAPACIDAD VISUAL (ADAPTADO DEL INTERNACIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, WORLD HEALTH ORGANIZATION 1997)

	Categoría de discapacidad visual	Agudeza visual (corregida al máximo)
Visión disminuida	1	6/18 3/10 (0.3) 20/70
	2	6/60 1/10 (0.1) 20/200
Ceguera	3	3/60 (cuenta de 2 a 3 metros) 1/20 (0.5) 20/400
	4	1/60 (cuenta de 2 a 1 metro) 1/50 (0.2) 5/300
	5	Sin percepción de la luz

En EUA, la definición de ceguera parcial que se utiliza más es la empleada por el Internal Revenue Service con el propósito de determinar quien es elegible para reducciones de impuestos. Una definición funcional alternativa es **la pérdida de visión de grado suficiente para evitar que la persona se soporte a si misma en una ocupación, haciendo que el individuo sea dependiente de las personas, agencias, o dispositivos, para vivir.**

La pérdida de la vista puede afectar sólo a los campos centrales, sólo a los periféricos, o sólo a porciones específicas de los campos periféricos, en uno o ambos ojos. Se dice que la pérdida total de visión en un ojo reduce la capacidad visual únicamente en 10%, aunque hace que el otro ojo sea infinitamente más valioso. (Whitcher, 1995).

2.2 CEGUERA

Baldwin.-en el Diccionario de Filosofía y Psicología, define el concepto como "cualquier carencia de capacidad para responder al estímulo que origina la visión"

Se han considerado diferentes clases de "ceguera en relación con diversos factores importantes de la vida del ciego y de la economía del país. De esta forma las definiciones del comité formado por Jackson, Snell y Gradle son las oficialmente aceptadas por la American Medical Association desde 1934:

1. - Ceguera "total" es la incapacidad para percibir la luz; la falta de percepción luminosa. La persona que es totalmente ciega no puede decir cuando una luz intensa cae sobre sus ojos o cuando se encuentra en oscuridad total. La visión con percepción luminosa solamente sería semejante a la que se tiene cuando los párpados se encuentran cerrados.

2. - Ceguera parcial, que comprende los diversos grados existentes entre percepción luminosa y posibilidad de contar los dedos de la mano colocados a un metro de distancia bajo cualquier condición de iluminación suficiente.

3. - Ceguera "económica" es la incapacidad para hacer cualquier clase de trabajo, industrial o de otro tipo, para el cual la vista sea esencial.

4. - Ceguera "vocacional" es la disminución de la vista que impide a una persona ejecutar el trabajo con el que previamente se había ganado la vida. Esta persona puede todavía tener visión suficiente para ejecutar otra clase de trabajo que le permita una manera adecuada de sostenerse.

5. - Ceguera "educacional" es la pérdida de vista que hace difícil, peligroso o imposible el aprender con los métodos habitualmente usados en las escuelas.

Esto requiere la instalación de dos tipos de escuelas para tales individuos: clases para ambliopes (debilidad o disminución de la vista, sin lesión orgánica del ojo) y escuelas para ciegos, (Silva, 1951).

La causa de ceguera o pérdida parcial de la visión puede ser cualquiera de una gran cantidad de posibilidades. Puede ser de origen pre-natal, peri-natal o pos-natal y deberse a problemas de desarrollo, infecciosos, traumáticos o envenenamiento con oxígeno.

Los niños con visión parcial acuden a la escuela normal si es posible a veces con clases especiales. Muchos de visión gravemente defectuosa, o sin ninguna, necesitan escuelas especiales, muchas de ellas residenciales, (Weyman 1976).

2.3 INCIDENCIA DE CEGUERA

La OMS estima que hay entre 27 y 35 millones de personas ciegas en el mundo. Esta cifra aumenta cuando menos a 42 millones si el criterio se extiende a una agudeza visual de 20/200 o peor. Aun cuando las estadísticas de salud son muy confiables, los métodos para determinar al ciego, con frecuencia son pocos refinados y pueden aplicarse de acuerdo con distintos criterios, sitios y momentos dentro de un área geográfica extensa. Además, a menudo se hacen extrapolaciones a partir de estudios con muestras pequeñas, a poblaciones grandes. El 90% de los ciegos del mundo habitan en países en desarrollo, sobre todo en Asia (cerca de 20 millones) y África (aproximadamente 6 millones, y la mayoría se encuentra aglomerada en comunidades en desventaja en áreas rurales y en barrios urbanos bajos, el riesgo de ceguera en muchas de estas comunidades descuidadas es entre 10 y 40 veces mas alto que en las regiones industrialmente desarrolladas de Europa y América, (Basado en datos disponibles, 1969-1980, Maitchouk IF).

En un proyecto realizado por el DIF, con la participación del INEGI, de la Secretaría de Educación Pública y de los Gobierno de los Estados, donde se persiguió conformar un directorio de menores con discapacidad; para ofrecer elementos que generaran estrategias educativas que respondan a las necesidades de estos menores; y apoyar la investigación en la materia. Según los resultados de este proyecto, en 1995 el registro captó información de 2 728 045 menores con discapacidad, (INEGI).

2.4 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los griegos y demás pueblos antiguos, alababan la sabiduría de los ciegos, y los honraban como videntes y poetas, depositarios fidelesísimos de las tradiciones patrias y seres que estaban en íntimo contacto con lo sobrenatural.

La legislación mosaica ya los protege y la edad Cristiana crea para ellos asilos, hospitales y hogares sobre todo en la edad media; porque el ciego en el medioevo, aparte de ser un semejante, como hijo de Dios reprimido por la sangre de Cristo, es un mendigo de compasión. En los tiempos modernos, en mayor o en menor grado, los estados se preocupan grandemente por la salud de estas personas especiales y a todo trance se trata de hacer de ellos seres útiles. (Flores, 1952)

Grandes hombres encontramos que hayan brillado a pesar de que la luz no brilló para sus ojos: en teología se distinguió Dídimo, el ciego de Alejandría; en filosofía Heráclito quien según se dice se quitó la vista por su propia mano para que la apariencia de los objetos no le desviase ni engañarse, pues para el oscuro y viejo filósofo, el ser es apariencia y sólo queda el devenir; en Física se distinguió Saunderson amigo de Newton; Fawcet en economía política y llegó a ser general de Correos en la Gran Bretaña y E. Javal se distinguió como oftalmólogo célebre en la ciudad de París.

En una frase la antigüedad ha honrado a los ciegos y la edad nueva los trata de asimilar a la sociedad para que alcancen una independencia económica.

Denis Diderot en sus "Letters sur les aveugles a l'usage de ceux qui voient" fue el primero en realizar un estudio psicológico de los ciegos. Johan Klein introdujo los establecimientos para ciegos en Alemania y escribió un célebre "Tratado de enseñanza para ciegos a fin de aliviarles su estado, darles ocupaciones útiles y aleccionarlos para el desempeño de funciones civiles". Johan George Knie también fundó establecimientos para ciegos en la Silesia, siendo él mismo ciego.

Diderot asegura que el ciego es un ser cruel e inhumano, carente del sentimiento del pudor, pero Klein difiere del primero insistiendo en que la mayoría poseen un carácter tranquilo, sociable, son francos e ingenuos y por lo general se entregan de todo corazón y con toda confianza a aquellos que se encargan de ellos. George Knie por su parte afirma que a los ciegos no les gusta que les recuerden su defecto físico, que se ofenden con gran facilidad si su torpeza es objeto de risa.

Dice Fleckenstein que ni en lo fisiológico ni en lo psicológico difiere de lo normal la vida sexual de los ciegos, pero en virtud de la incapacidad visual experimenta ciertas desviaciones que se manifiestan en la irradiación psíquica del instinto sexual. Los ciegos por regla general consiguen llevar un buen matrimonio pues poseen un buen sentido de la crítica y un juicio incomparablemente menos sujeto a los sentidos de los videntes.

En el ciego surge una excitabilidad general y una falsa sensibilidad que lo hacen bastante susceptible dejándose arrastrar en ocasiones a proferir juicios temerarios o al menos adversos sobre los demás. La avaricia y el egoísmo son frecuentes en ellos y son tenaces en lo que se proponen.

Si embargo no hay que caer en el error de creer que los ciegos son especialmente aptos para la música por su fino oído. Ni tienen menor oído que el vidente, ni innatas disposiciones musicales. Pero sí, tanto la música como la literatura son las artes preferidas por ellos, porque son las únicas en las cuales pueden fácilmente dominar.

Vida intelectual-volutiva.- la ceguera no ejerce ninguna influencia sobre la integridad de las facultades intelectuales, salvo el caso de que estén comprometidas otras partes del neuroeje en cuya circunstancia la psicopatía no depende de la ceguera.

Ahora bien, ¿cuáles son los mecanismos intelectuales del ciego? Por la vista, obtenemos la mayor parte de nuestro contenido intelectual e imaginativo; en los ciegos, tienen preferencia, dada la carencia de la vista

dos sentidos: el oído y el tacto, aunque es predominante el oído, no porque sea un sentido vicariante sino por comodidad psicofisiológica para el sujeto. Así, lo que los videntes hacemos con la vista, por necesidad lo hace el ciego por el oído. (Flores, 1952)

Durante años se ha contemplado la evolución de niños que nacen invidentes por anomalías congénitas o pierden la visión en ambos ojos a muy temprana edad.

En la mayoría de los casos los familiares se desesperan, se angustian por el problema que les significa un niño que no puede ver.

Con frecuencia les proporcionan alimentación deficiente, sintiendo que es una carga para la familia y un problema sin solución.

El problema es tremendo para las clases sociales débiles económicamente, prefieren sostener a un animalito y no al niño que no puede apreciar objetivamente el mundo que le rodea.

Inclusive en medios de mayor preparación intelectual y de mayor fuerza económica se escucha que "nada puede hacerse" por ese ser desvalido en tanto no alcance la edad escolar, después de los siete años de edad. Hasta entonces se les refiere a las escuelas para niños invidentes y débiles visuales.

El Dr. Luis Guillermo Ibarra, dedicado especialmente a la rehabilitación, señaló que mucho puede hacerse por un niño desde recién nacido si le falta el importante sentido de la vista, que en su concepto, se pierde un tiempo maravilloso si solamente se limita el médico a esperar la edad escolar, que es un grave error pensar que la educación es solamente aprender a leer y escribir (Murillo, et al, 1972).

2.5 NIÑOS CIEGOS

De los 50 millones de personas ciegas en el mundo, aproximadamente 1.4 millones son niños menores de 15 años. Existen estudios que demuestran la prevalencia de ceguera es mayor en áreas más pobres que en las ricas. Lamentablemente además la ceguera en los niños es un problema creciente. Se estima que hay 500.000 casos nuevos cada año, quiere decir, un caso nuevo por minuto.

Los estudios globales indican que aproximadamente, el 57% de la ceguera en los niños es inevitable, el 28% se podría haber evitado y el 15% tendría tratamiento. El número de niños con ceguera por causas inevitables en países ricos y pobres se mantiene constante mientras que en los países en vías de desarrollo el número de casos con ceguera evitable se dispara.

Se puede observar que las cifras de niños con discapacidad visual son altas y van en aumento por lo cual se convierte en un problema real e importante para los prestadores de servicios de salud. Por lo cual es necesario que en la licenciatura de Cirujano Dentista se implementen asignaturas en relación con la atención a personas especiales abarcando comportamiento, manejo, relación, etc. afín de no excluir esta minoría de la población para recibir atención odontológica adecuada, (INEGI).

2.6 PAPEL DE LOS PADRES

Los padres de un niño nacido con algún tipo de discapacidad, se dan cuenta que de inmediato que su hijo es diferente, y esto llega, sobre todo para la madre, en el momento en que ella es menos capaz de superar la situación.

Toda vez que comprenden que su hijo no responde al patrón de normalidad esperado, las actitudes de los padres hacia el niño y hacia ellos, cambia. Una madre puede sentirse, consciente o

inconscientemente, incapaz de amar a su hijo, o puede culparle por su condición. Uno de los progenitores puede sentir que el otro es responsable de la discapacidad del niño, debido a algún pecado real o imaginario.

De esta situación puede resultar en muchas medidas de auto-protección tomadas por los padres. Ellos pueden rechazar al niño o rechazarse uno al otro. Puede ser un rechazo físico, abandonándole sin la consideración debida en una institución, o un rechazo emocional, negando la existencia del niño. Esta negación es una forma básica de auto-protección contra realidades dolorosas, y puede manifestarse en muchas formas además de las mencionadas, por ejemplo, en padres quienes llevan al niño de una clínica a otra en busca de una cura milagrosa que en sus corazones saben que no existe, y que quizás no desean realmente encontrar. Esos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión, no se determinan fácilmente, porque para los padres es muy difícil hablar de ellos. Muchos ejemplos son claramente visibles en la situación odontológica y deben tomarse en cuenta para no empeorar la situación con expresiones inadecuadas del odontólogo y su personal.

El niño discapacitado puede producir también otros sentimientos en los padres como desesperanza y frustración, desesperanza por problemas de salud, escolaridad, y otras situaciones cotidianas que todos los padres tienen que enfrentar. Muchos padres temen por el futuro de sus hijos, que les sucederá cuando ellos mueran. A veces, se teme por el efecto que provocará en los otros niños de la familia.

Para algunos padres, el niño discapacitado puede ser una razón de ser, el foco de toda su vida o una prolongación de ellos mismos.

Es muy importante el rol que juegan los padres alrededor de un niño ciego, ya que empezando por el médico se concentra solo en lo que se refiere a su ceguera, olvidándose de todo lo demás, aquí es donde los padres deben intervenir, ya que no solo necesita cuidados para tratar su ceguera, sino también cuidados dentales, los padres deberían estar

informados sobre el manejo que deberían tener con respecto a la salud bucal de sus hijos, sin embargo este punto no es de gran importancia y solo se platica muy vagamente o peor aún, esta completamente olvidado en los planes de estudio de planteles especiales para tratar la ceguera en México.

Los padres deberían formar parte del equipo encargado de la salud del niño ciego y no dejarlo todo en manos del médico.

La familia contribuye negativamente, ya que le crea al niño la necesidad de dependencia y sobre protección y esto le incapacita para su desenvolvimiento en la vida.

Se debe tener cuidado especial para que los padres formen hábitos de higiene bucal como parte fundamental de su programa de rehabilitación. Todo esto es con la intención de lograr que el niño ciego en un futuro se respete así mismo y sea respetado por los demás en cualquier acto de su vida y como fin que llegue a bastarse por sí mismo, (Holloway, 1979).

2.7 SOCIEDAD

Las actitudes comunitarias de aversión o no aceptación a las personas discapacitadas influyen en las actitudes de los padres hacia sus propios hijos. Hay una fuerte tendencia de la sociedad a rechazar a quienes no se conforman a ella. En los estados civilizados esto no toma la forma de abandono físico; se prefiere aislar al niño en instituciones alejadas de los centros poblados, o negarles acceso a las instalaciones aprovechadas por la mayoría de la sociedad.

2.8 EL ODONTÓLOGO

Como parte de la comunidad, el odontólogo y su personal comparte las actitudes del grupo respecto a las condiciones discapacitantes, por lo que, debido a su preparación intelectual y académica, deben ser más comprensivos. Desafortunadamente, pocos han recibido entrenamiento especial en este terreno. La aversión básica o el temor a la inadecuación personal para superar la situación, llevan a muchos a negarse a tratar estos niños, (Holloway, 1979).

El propósito del odontólogo básicamente es entender al niño, a la familia. Esto es básico dado que el niño discapacitado va a lograr mayor beneficio a través de la prevención y en el tratamiento de enfermedades dentales.

Los métodos para registrar la historia, el diagnóstico, plan de tratamiento, etc., tienen la misma validez para los discapacitados, pero son necesarios ciertos cambios de énfasis, reconocimiento de nuevas metas y métodos prácticos.

En cuanto a la historia clínica se refiere, debe ser adecuada a la discapacidad del niño, porque no sólo permite al odontólogo identificar el tipo y evaluar el efecto de la discapacidad, sino también comprobar la actitud de los padres hacia el niño y su enfermedad. Durante la realización de la historia, el odontólogo debe conscientemente intentar transmitir una imagen comprensiva, cálida, confiable y competente, y dar la impresión de tener todo el tiempo del mundo. Debe insistir en que el niño es bastante especial, y es fundamental que conozca de él cuanto sea posible, antes de llevar a cabo ningún tratamiento.

Ninguna historia clínica de un niño discapacitado puede ser completa sin la información del médico que le atiende o sin la consulta pediátrica o psiquiátrica. Esa información se puede obtener rápidamente si se pide con gentileza, y si se mantiene a esas personas informadas del progreso realizado en el consultorio odontológico. Siempre que sea posible, es

deseable discutir los problemas con el médico. Otras personas podrían brindar ayuda valiosa también, por ejemplo, los maestros de escuela.

2.9 ODONTOLOGÍA Y EL DISCAPACITADO VISUAL

Las restricciones impuestas al discapacitado visual en tiempos anteriores fueron tales que les negaban muchos de los elementos básicos de una forma normal de vida. Actualmente, en lo que respecta a la odontología existen profesionales interesados de manera individual, pero aún en el ámbito institucional dista mucho de lo deseado.

En Latinoamérica existe falta de recursos tanto económicos como humanos, aún en establecimientos de alta complejidad, por lo que, la formación de profesionales odontológicos es deficiente para cubrir acciones preventivas y tratamiento en personas con discapacidad, en la mayoría de los casos.

En un gran número de facultades de odontología no se tratan estos conceptos, así los alumnos egresan, por lo general, con escaso o ningún conocimiento para el abordaje o tratamiento de personas discapacitadas. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), las dos terceras partes de la población discapacitada no recibe atención bucodental alguna. Se han planteado varias razones por las cuales ocurre:

- Algunos odontólogos se rehúsan a tratar a los pacientes discapacitados en su consultorio.
- Los odontólogos no están equipados para manejar problemas especiales que el paciente impedido pueda presentar.

- ☑ Los programas de estudio de algunas facultades no incluyen el tratamiento al paciente impedido visualmente.
- ☑ Hay falta de información sobre las necesidades odontológicas de este tipo de pacientes.
- ☑ Los servicios odontológicos para personas con discapacidad han sido omitidos en muchos programas de salud.
- ☑ Posible apatía de los padres y/o cuidados ante las necesidades odontológicas del discapacitado debido a las grandes necesidades educacionales, médicas, odontológicas, etc.
- ☑ Falta de conciencia de la prevención por parte de los padres y/o educador.
- ☑ Falta de coordinación entre médicos y odontólogos para proporcionar al paciente un estado de salud total.

Algunas condiciones discapacitantes van acompañadas por problemas dentarios severos; Sin embargo es de real importancia mencionar que no existen rasgos especiales en el estado bucal de los niños ciegos, (Weyman, 1976).

2.10 EVALUACIÓN DEL PACIENTE DISCAPACITADO VISUAL

El odontólogo que sea capaz de evaluar las necesidades y manejar clínicamente al discapacitado visual tendrá éxito en el tratamiento. Son necesarios ciertos requisitos a cumplir por el profesional:

- ◆ Conocimiento de la situación del paciente en cuanto a salud general, así como también bucal.
- ◆ Comprensión de las implicaciones de la citación del discapacitado visual sobre el futuro estilo de vida y expectativas del paciente;

- ◆ Comprensión del pronóstico futuro de la dentición del niño evaluando la dieta, higiene e historial odontológico.
- ◆ Capacidad de evaluación de la necesidad del paciente de poseer una dentición funcional y estética.

El odontólogo no debe cometer el error de tener expectativas demasiado altas, que luego no sean alcanzables por el paciente, ni por contrario, que éstas sean muy bajas, las necesidades y expectativas deben ser determinadas con exactitud, evaluando su capacidad para prestar atención.

2.11 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA O NECESIDAD SENTIDA

Las descripciones del tratamiento odontológico de estos niños suelen comenzar con una lista incompleta de condiciones discapacitantes y tiende a poner el énfasis en la condición más que en el niño. Un niño discapacitado debe ser considerado primero como un individuo con todas las características de cualquier individuo. Tiene sentimientos, emociones y necesidades. La discapacidad misma debe ser tomada en cuenta como tal, y sólo su presencia modificará el acercamiento al niño, los métodos de tratamiento a efectuar y los tipos de instrucción sanitaria a realizar.

Un paciente es sólo "discapacitado" en cuanto concierne a la odontología si no puede obtener tratamiento en la forma común. Si es discapacitado requerirá algún servicio especial o habilidad para su atención dental, (Holloway, 1979).

Se cree erróneamente que cualquier tipo de personas discapacitadas requieren hospitalización para recibir el tratamiento adecuado. Acertadamente existen casos que así lo requerirá, sin embargo la mayoría puede ser tratada en el consultorio privado por el odontólogo general. Este tipo de pacientes deben ser visualizados por el odontólogo como

individuos con problemas dentales, que tienen además una condición médica particular.

Se considera que las condiciones para el manejo de discapacitados visuales son comprensión, compasión y paciencia. Se podría hacer más por estas personas especiales, si el manejo implicara más un cambio de actitud, que de técnica. La atención debe brindarse de acuerdo a sus necesidades, para esto debe mejorar la comunicación con el paciente y los padres y a su vez con el odontólogo.

El odontólogo debe tener también conocimientos de Psicología y mucha experiencia práctica, para poder tratar ansiedades del individuo ya que en los discapacitados visuales suelen ser mayores y también para asegurar que el niño no resulte más dañado por nuestro tratamiento. Debido a la discapacidad, las reacciones de los pacientes ante la situación odontológica suelen ser distintas a las de un paciente sin ningún impedimento.

La preocupación de un odontólogo debe ser por el niño total, incluyendo su bienestar emocional, físico, motor, del lenguaje, social y moral, ahora y en el futuro. Además, es de especial importancia para el odontólogo entender su propia personalidad, por que puede interferir seriamente en sus relaciones con los pequeños pacientes.

El manejo del niño normal en el consultorio odontológico es el medio por el cual se puede completar un tratamiento para un pequeño paciente en el menor tiempo posible, asegurando al mismo tiempo que volverá a continuarlo de buena gana. Está dirigido también a lograr que el niño, consciente o inconscientemente, no reaccione desfavorablemente a los esfuerzos por mantener la salud de su dentición en el hogar. También de igual manera tiene que realizarse esto aún en los niños con cualquier tipo de discapacidad, así se incrementará o se formará el buen hábito de visitar al dentista y que acepten que la salud de sus dientes es importante

para él a pesar de su discapacidad y además, que el odontólogo se convierta en una persona de quien guste y a quien respete, (Holloway, et al. 1979).

Para disminuir la posibilidad de cualquier contrariedad el odontólogo debe estar familiarizado con las características comunes de la discapacidad visual y poseer información específica de cada paciente en particular.

2.12 LA PREVENCIÓN EXISTE EN LOS DISCAPACITADOS VISUALES

Antes de iniciar la educación sanitaria dental, hay que hacer un intento consciente de demostrar a los padres que el odontólogo no solo entiende sus problemas, sino que también está dispuesto a ayudar a su hijo de manera positiva. Si la prevención existe en las personas normales, no se debería tener ninguna diferencia con las personas discapacitadas, sino todo lo contrario, requieren de mayor atención en cuanto a salud integral se refiere. Si se emplea un programa de prevención desde edades muy tempranas, se podría mejorar en un porcentaje más elevado el problema de salud dental en personas especiales. Por consiguiente esto aumentará la confianza ante la consulta dental, menor traumatismo durante los tratamientos y menor necesidad de visitas al odontólogo que redundaría en el aspecto económico familiar por no haber necesidad, solo visitas preventivas.

La prevención de la enfermedad dental en el discapacitado exige de los padres y los niños la adopción de modificaciones y controles dietéticos y técnicas de limpieza bucal. Antes que esas medidas puedan ser adoptadas, los padres deben entender el valor de la salud dental, apreciar los métodos de prevención, y saber como realizarlos eficazmente.

Después que el tratamiento ha sido completado, el niño debe ser visto a intervalos regulares para reforzar la educación. Es obvio que la mayoría

de los padres se dan cuenta de la causa de la caries y la enfermedad gingival, antes que la instrucción comience. De todas maneras, hay que insistir en los puntos en forma regular, ya que solamente así los padres comprenderán que el odontólogo los considera importantes.

El consejo dietético es la medida preventiva más importante y consiste en establecer una rutina regular de comidas con una reducción de los alimentos azucarados, sobre todo entre comidas, sustituyéndolos por proteínas. La reducción de la ingesta de carbohidratos ayuda a mantener el peso de los niños en límites normales, un factor muy importante en niños sedentarios.

Es de especial importancia la enseñanza del cepillado dental, ya que si se hace muy pronto, se puede evitar el estrés en este tipo de pacientes. Los métodos de cepillado deben adaptarse tanto a las necesidades del niño como a las de los padres. En la mayoría de los casos la posición del padre durante el método del cepillado es el factor clave. En muy pocos casos el niño con discapacidad física o mental es capaz de limpiarse bien los dientes.

La mayoría de los niños discapacitados no requiere equipos especiales ni modificaciones en las técnicas odontopediátricas. Todas las técnicas usuales de anestesia local pueden y deben emplearse, excepto en niños comprometidos sistemáticamente, deberán tenerse las precauciones necesarias.

Por lo anterior descrito podemos concluir que no solo es necesario enseñar el cepillado, sino también es menester apoyar, vigilar y promover la salud dental en estos pacientes.

2.13 ESTADO DEL ARTE

El Dr. Nandini (1999), dice que los pacientes con compromiso médico representan un reto a las habilidades y conocimientos del odontólogo. Los pacientes discapacitados difieren de los pacientes normales considerablemente en la relación profesional entre paciente y el dentista, sin embargo con adecuado entrenamiento y con adecuado cambio en el protocolo de tratamiento del dentista, estos pacientes pueden ser bien manejados. Nos refiere que la falta de información ha sido un severo obstáculo en las actitudes y conducta de los miembros de la sociedad. Por lo que, se llevó a cabo un programa de cuidado dental en 150 niños discapacitados visuales, 93 niños y 57 niñas de la Academia Shree Ramana Maharishi para ciegos, fundada el 18 de junio de 1969 por Thirumurthy; este proyecto apunta hacia la rehabilitación de niños discapacitados visuales de áreas urbanas y semi urbanas. El objetivo del programa de higiene oral fue la creación de adaptaciones y rutinas que les permite a los niños independencia total en el cuidado de su higiene oral. De este proyecto resultó que de 150 sujetos examinados, 56 (37.3%) presentaron caries, y 107 (71.3%) presentaron gingivitis. El 85.33 % usaron cepillos dentales y el 14.67 % usaron el dedo como método de limpieza. El 73.33 % usaron pasta dental mientras que el 22.67 % usaron polvo dental, (tipo arcilla). Se observó que el 89.33 % limpiaron sus dientes una vez al día y el 10.67 % lo hicieron dos veces al día. En cuanto a la técnica de limpieza dental, el método horizontal fue usado por el 92 % de los sujetos, y 8 % usaron la técnica de método vertical.

En el mismo estudio se menciona la importancia de que se trabaje con este tipo de pacientes para lograr un cuidado dental preventivo, enseñándoles buenas prácticas de higiene oral con tiempo y paciencia. Los pacientes fueron enseñados con modelos plásticos de la boca como ayuda para la instrucción, y el material de educación dental fue traducido al Braille. Se utilizaron métodos de cepillado especial con música, en los

que los cambios en la melodía indicaban cambios de la superficie a limpiar y así poder cubrir todas las superficies de los dientes. Para completar el proyecto se afino y corrigió el método de cepillado por instrucciones físicas (guiándoles la mano) y verbales.

El Doctor Nandini proporciona una guía para el tratamiento dental en el manejo y tratamiento de este tipo de pacientes:

1. - Crear un ambiente casual y relajado.
2. - A los niños se les debe permitir tocar y sentir la silla dental, equipo e instrumentos dentales.
3. - Deberá ser dada una descripción paso a paso del tratamiento dental planeado para la cita.
- 4.- Permitirle al paciente escuchar el sonido del equipo dental antes de implementarlo.
5. - Dado que desarrollan un fino sentido del gusto y del olfato, informarle al paciente cuando materiales con sabor y/u olor están por ser aplicados.

El entendimiento de las habilidades y limitaciones de estos pacientes al respecto de su discapacidad nos ayuda a proveerles con mayor facilidad un cuidado dental de calidad. El asociarse con colegas cercanos y consultar con otros miembros del equipo multidisciplinario y con un total conocimiento y reconocimiento de varias especialidades y modalidades de tratamiento, es como podremos lograr un cuidado de salud integral.

En su estudio Valerie L. y colaboradores (2000), nos refieren que los niños internados raramente tienen la oportunidad de tener acceso a un cuidado dental oral formal en la escuela. Los niños multi-discapacitados y ciegos especiales tienen una gran necesidad de cuidado de salud oral.

En la escuela Maryland para Ciegos (MSB) hay aproximadamente 185 niños en rangos de edad que abarcan desde la infancia hasta los 21 años. Sus necesidades de cuidado de salud oral se debe a su discapacidad,

medicación y falta de higiene oral en casa, que originan hiperplasia gingival, enfermedad periodontal y caries. MSB estableció una clínica dental con el propósito de cumplir el siguiente objetivo: mejorar el status de salud oral durante el año escolar.

Fueron realizados programas anuales y se brindó tratamiento por un proveedor comunitario. Los niños frecuentemente requieren visitas de mantenimiento y semanalmente intervención de higiene oral por el dentista. Durante el año escolar se realizaron profilaxis, restauraciones y evaluación de tejido oral. Se observó mejoría del índice de placa, índice de sangrado y del índice gingival. Se registró un deterioro de la salud oral al regreso a clases de las vacaciones de verano.

El cuidado dental desafortunadamente no es una prioridad para la familia de niños multi-discapacitados. Por lo que el mejoramiento de status de higiene oral puede ser logrado a través del cuidado de salud oral *in situ*. Es necesaria una mayor conciencia de la necesidad del cuidado dental de estos niños.

Yaari (2000), menciona que los recientes cambios en los sistemas de cuidado de salud para niños y jóvenes con necesidades especiales de cuidado de salud, acentúan la atención en la cuestión adecuación de los servicios de salud para este grupo vulnerable. Con respuesta a ello y por el requerimiento del Centro Regional Lanterman para discapacitados en Los Ángeles, la Universidad del Sur de California (Universidad afiliada al programa) condujo una encuesta de las necesidades del cuidado de salud oral de niños con discapacidad, como parte de una evaluación multidisciplinaria. El propósito de la encuesta dental fue para identificar las necesidades del tratamiento preventivo y correctivo y para determinar la urgencia del cuidado dental en niños con discapacidad. De los 106 pacientes del Centro Regional Lanterman de diferentes niveles económicos y culturales, de 4 a 17 años se les examinó táctil y

visualmente con un espejo la cavidad oral, y se observó que sólo 47% de los niños a visitado al dentista en los últimos 6 meses y 18% nunca lo habían visitado. El examen intraoral reveló que el 23% de los niños necesitaban cuidado dental correctivo no urgente y 7% necesitaban cuidado urgente, caries no tratada fue hallada en 26% y 12% necesitaban tratamiento periodontal. Los registros dentales indicaron que solo 12% de los niños se les aplicó selladores de fisuras y fasetas y el 37% tenían inadecuada higiene oral.

También se observó que el 51% fueron no cooperativos durante la examinación dental.

En conclusión, los resultados claramente indican una substancial necesidad de servicios correctivos en aproximadamente un tercio de los niños, utilización de medidas preventivas en más de un tercio, y carencia de rutina de cuidado dental en mas de la mitad de los niños en esta encuesta.

Salinas y colaboradores (2000), señalan en su artículo, una creciente necesidad de salud en los Estados Unidos es el cuidado básico dental para niños y adolescentes con enfermedades importantes crónicas, condiciones de discapacidad físicas, mentales y desordenes genéticos. Históricamente, esta población ha experimentado dificultad en asegurar el acceso al tratamiento dental a pesar del hecho de que tienen alto riesgo de desarrollar enfermedades orales-dentales.

El problema esta localizado en poblaciones de bajos ingresos y en minorías.

Han desarrollado en la Universidad Médica de Carolina del Sur, en el Colegio de Medicina Dental un programa dirigido a los problemas precedentes y que incluye lo siguiente:

1. - Implementar una fuente de referencia multidisciplinaria.
2. - Desarrollar una red dental estatal.

3. - Instar a los tutores en convertirse en conductores más efectivos de pacientes con necesidades orales-dentales.
4. -Desarrollar e implementar un programa de educación dental para estudiantes, residentes y dentistas practicantes.
5. -Documentar una base de datos basada en la prevalencia de enfermedades orales-dentales en esta población especial.

El programa responde a la emergente necesidad dental en pacientes especiales de la comunidad y trata de cumplir con el rol de una Institución Académica considerando la educación, servicio e investigación. Este programa promueve además un programa en el que las transferencias pueden ser aplicadas mas rápido y directamente al mejoramiento de los miembros menos afortunados de la sociedad. Este programa fue apoyado en parte por un donativo de la Iniciativa de Salud de Carolina del Sur.

Los autores Lo EC, Luo Y, Dyson JE, (2004), nos dicen, que se provee eficiencia y aceptación de un servicio dental en personas con necesidades especiales en Hong Kong. Existe equipo dental portable y es trasportado a varias instituciones, donde su función básica es prevención, restauración, extracción y reparación de la dentadura y esta se provee gratuitamente.

Una tercera parte de los pacientes presentaron dolor dental o sensibilidad y 70% no visita al dentista por más de 3 años. El cuidado dental se realizó en 6.867 pacientes en 4 años, de los cuales más del 90% mostraron estar satisfechos con el servicio.

Estos descubrimientos indican que los pacientes con necesidades especiales en Hong Kong son una gran necesidad de cuidado dental, y que los servicios al alcance de los pacientes especiales son de gran utilidad para abarcar las necesidades dentales.

Holtzman (2004). En la ciudad de Atlanta en el Servio Escolar Especial del Distrito (ACSSSD), recibe estudiantes con desarrollo de discapacidad para cuidado dental en un programa creado por UMDNJ-New Jersey Dental School (NJDS). La meta del programa es de coordinar los recursos escolares dentales con aquellos de un distrito escolar, agencias del condado y la Fundación Delta dental proveen servicios de calidad dental a los estudiantes de 3-21 años. De los 131 niños entrevistados 75 no han visto un dentista en el año pasado.

En respuesta al reporte de acceso la UMDNJ y el ACSSSD desarrollaron un sistema de entrega de cuidado dental escolar y un programa de promoción de la salud y enfermedad.

En cuanto al miedo dental, el autor Martín MD, y col, (2002) nos dicen que este estudio reporta descubrimientos de miedo dental en la población con necesidades especiales. Los sujetos están recluidos en la Universidad de Washington de Educación dental en Cuidado de Personas con discapacidad (DECOD). Los niveles de miedo fueron examinados entre pacientes con categorías diferenciadas de discapacidades primarias y entre géneros, razas y niveles educacionales. Algunos niveles de miedo dental fueron reportados por 43.2% de los reclutados, indicando que el miedo dental puede ser un factor importante en el cuidado dental para esta población. El género y el nivel educacional están íntimamente asociados con los niveles de miedo.

En conclusión el miedo dental puede ser un fuerte y poco entendido problema para la población de personas con discapacidades, así como para sus proveedores del cuidado oral.

Resume Brooks y col. (2002), una evaluación del programa Elk Móvil Dental para niños con necesidades de cuidados especiales de salud. Los resultados de esta evaluación indicaron la total satisfacción del usuario de servicios dentales unitarios móviles. Esta evaluación recomienda la expansión de servicios dentales móviles junto con un continuo esfuerzo para establecer una comunidad base permanente de cuidado dental para niño con necesidades especiales de cuidado de salud.

Glassman y col. (2003), refiere que las personas con necesidades especiales tienen más enfermedades dentales y más dientes perdidos que la población en general. También tienen reducido acceso para un diagnóstico de salud oral, preventivo, interceptivo y servicios de tratamiento. Si los servicios están disponibles, pueden ser complicados y costosos. Es crítica la prevención de enfermedades dentales en estos individuos. Estos protocolos están diseñados para ser usados en localidades comunitarias fuera del consultorio dental.

Todos estos autores concluyen que es necesario el aspecto preventivo en esta población especial dadas sus condiciones de salud. Muestran técnicas y hacen recomendaciones importantes e interesantes al respecto.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante años se ha observado la evolución de niños que nacen invidentes por anomalías congénitas o pierden la visión en ambos ojos a muy temprana edad. Sin embargo, dadas las circunstancias que rodean a este tipo de niños, no se les brinda la atención necesaria para el cuidado de su salud oral, ya que, para los padres de familia el problema en sí, solo es su impedimento visual, no teniendo en cuenta que la salud del niño en cualquier caso de discapacidad o enfermedad, debe y tiene que ser integral, no desatendiendo su cuidado dental.

4. JUSTIFICACIÓN

Es un hecho que las personas con discapacidad, en este caso niños con discapacidad visual total, se les enfatiza la necesidad de su aprendizaje para conocer, sentir y vivir el mundo que les rodea. Sin embargo no es menos importante la necesidad de cuidado dental, ya que, por falta de atención en este punto en particular, el niño puede presentar alguna enfermedad dental, ya que el hecho que sea una persona especial, no lo exenta de padecerla. Considerando esto, no puede dejarse de lado este problema, por que lamentablemente la ceguera en México va en aumento sobre todo en niños, (INEGI)

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer y estudiar acerca de las necesidades dentales que presentan los niños de 6-12 años con discapacidad visual total del Instituto para Ciegos y Débiles Visuales. DIF-SEP 2005.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indagar por medio de un cuestionario si son aplicados o ignorados los conocimientos sobre higiene dental.
2. Levantar índice CPOD para estudiar los problemas y necesidades dentales que atañen a los niños con discapacidad visual total del Instituto para Ciegos y Débiles Visuales. DIF-SEP 2005

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Con objeto de investigar las necesidades dentales que presentan los niños con discapacidad visual total. Se tomó en cuenta la población muestra del Instituto para Ciegos y Débiles Visuales DIF-SEP, ubicada en la calle de Viena 121 Col. Del Carmen. Para que se nos permitiera la entrada fue necesario contactar vía telefónica con la Coordinadora de Educación, Mtra. Esthela Araujo encargada de dicho Instituto, para seguir el trámite se realizó un documento dirigido a la Lic. Patricia Sánchez Regalado, Directora de Educación Especial en el D.F. haciendo la petición para que se nos otorgaran las facilidades de acceso e información para realizar esta investigación en dicho plantel.

La petición fue aceptada, no sin antes entrevistarnos con la Mtra. Esthela Araujo, donde nos explicó a detalle características, grados escolares, manejo de los niños y el plan de estudios del Instituto.

Dicho plantel cuenta con 120 niños desde 40 días de nacidos a 15 años de edad. Los que presentan alguna debilidad visual corresponden al 30%, niños con necesidades especiales abarcan 30% y los niños con discapacidad múltiple son el 30%.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indagar por medio de un cuestionario si son aplicados o ignorados los conocimientos sobre higiene dental.
2. Levantar índice CPOD para estudiar los problemas y necesidades dentales que atañen a los niños con discapacidad visual total del Instituto para Ciegos y Débiles Visuales. DIF-SEP 2005

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Con objeto de investigar las necesidades dentales que presentan los niños con discapacidad visual total. Se tomó en cuenta la población muestra del Instituto para Ciegos y Débiles Visuales DIF-SEP, ubicada en la calle de Viena 121 Col. Del Carmen. Para que se nos permitiera la entrada fue necesario contactar vía telefónica con la Coordinadora de Educación, Mtra. Esthela Araujo encargada de dicho Instituto, para seguir el trámite se realizó un documento dirigido a la Lic. Patricia Sánchez Regalado, Directora de Educación Especial en el D.F. haciendo la petición para que se nos otorgaran las facilidades de acceso e información para realizar esta investigación en dicho plantel.

La petición fue aceptada, no sin antes entrevistarnos con la Mtra. Esthela Araujo, donde nos explicó a detalle características, grados escolares, manejo de los niños y el plan de estudios del Instituto.

Dicho plantel cuenta con 120 niños desde 40 días de nacidos a 15 años de edad. Los que presentan alguna debilidad visual corresponden al 30%, niños con necesidades especiales abarcan 30% y los niños con discapacidad múltiple son el 30%.

La población muestra es de niños de 6-12 años con discapacidad visual total, a quienes se les practicará una serie de preguntas con el fin de evaluar el conocimiento sobre su salud dental y al mismo tiempo levanta un índice CPOD para respaldar dicha evaluación, las preguntas son las siguientes:

1. - ¿Sabes cuáles son tus dientitos?
2. - ¿Te duele algún dientito o muelita?
3. - ¿Sabes qué son los cepillos dentales?
4. - ¿Te sabes cepillar tus dientes?
5. - ¿Tus papás te ayudan a cepillarte tus dientes?
6. - ¿Cuántas veces al día te cepillas tus dientes?
7. - ¿Te gustaría aprender a cepillarte tus dientes?
8. - ¿Sabes lo que hace un dentista?
9. - ¿Te han llevado con el dentista?
10. - ¿Te gusta comer dulces?

Las cuales nos brindarán la información necesaria junto con la hoja clínica para determinar la necesidad de un programa que auxilie y apoye en la salud oral de esta población especial.

Se les examinó a la población muestra, la boca con el fin de observar y tomar los datos sobre dientes cariados, perdidos y obturados. El índice más común para describir caries es el CPO, basado en el recuento de unidades cariadas, perdidas y obturadas. La unidad de medida puede ser el diente o la superficie (CPOD o CPOS), En este caso se empleará CPOD.

Para dientes temporarios se usan las denominaciones c, p y o. A veces se emplea la letra e en lugar de la p; la e designada originalmente "indicado para extracción", pero se usa a menudo en vez de la "p". El índice cpo es válido hasta los 5 años de edad, cuando comienza la exfoliación de los temporarios. Por esta razón, entre los 5 y los 9 años el índice cpo queda

limitado a caninos y molares temporarios. Después de comenzada la erupción de los permanentes es común describir la salud dental con el índice CPO.

El índice cpo es puramente cuantitativo y no informa acerca de la extensión y el avance de la enfermedad. También es acumulativo, lo que significa que un puntaje cpo de 12 en un joven de 15 años puede indicar 12 cavidades abiertas que necesitan tratamiento o total ausencia de caries u obturaciones, pero con los 4 primeros molares extraídos a edad temprana. Por ello, los diversos componentes del índice se analizan a menudo en forma separada.

Alrededor de 50 a 70% de niños preescolares de los países nórdicos todavía se ven afectados por caries en dentición temporaria. Las piezas más afectadas son los molares y los dientes anterosuperiores, mientras que los caninos y los dientes anteroinferiores rara vez muestran signos de caries. Las superficies más comúnmente afectadas son las oclusales, en especial las de los segundos molares, mientras que las superficies proximales de los molares no sufren caries hasta que se establecen los contactos proximales a los 5 o 6 años de edad.

Las superficies donde es más común el inicio de caries son las oclusales o las de los anterosuperiores. Sin embargo, en el presente las radiografías en niños de 4 a 5 años sin caries oclusales pueden revelar caries en las superficies proximales.

En cuanto a la dentición permanente las superficies oclusales de los molares siguen siendo las más afectadas.

En 1987 solo el 20% de los jóvenes suecos de 13 años tenían alguna superficie proximal obturada o con cavidad en dentina. La caries en incisivos permanentes o caninos es cada vez más rara y se encuentra principalmente en los niños de cada edad que presentan el más alto puntaje CPO, (Koch, 1994).

Esto se llevó a cabo usando barreras de protección como bata, guantes, lentes y un abatelenguas por niño, se realizó bajo la luz del día. Los registros se tomaron individualmente y se plasmaron en un odontograma tomando como base el formato de la Facultad de Odontología; a su vez se les aplicó un cuestionario sencillo con el propósito de obtener, información sobre el conocimiento que los padres y los niños tienen del cuidado de su boca.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

El estudio empleado para esta investigación será de tipo observacional transversal descriptivo basado en las características dentales observadas en los niños con discapacidad visual total.

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Dentro de la población de estudio se realizó la investigación en el Instituto para Ciegos y Débiles Visuales DIF-SEP, ubicado en la calle de Viena 121 Col. Del Carmen.

6.4 MUESTRA

La población muestra se constituye de 30 niños de dicho Instituto de edades entre 6-12 años con discapacidad visual total.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños y niñas que pertenezcan al Instituto para Ciegos y Débiles Visuales.
- Niños y niñas de edades entre 6-12 años.
- Niños y niñas con discapacidad visual total.

6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños y niñas que no cumplan con criterios de inclusión

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO

Se tomó en cuenta para la elaboración de la investigación, la edad, el sexo y la discapacidad visual total que tienen estos niños.

6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE

Discapacidad visual total

6.9 VARIABLE DEPENDIENTE

Caries, pérdida y obturación de dientes

6.10 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La recolección de los datos se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario en la hoja clínica para la identificación del CPOD, fueron vaciados en un programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 12 de donde se obtuvo el análisis a través de frecuencias y porcentajes.

6.11 RECURSOS

6.11.1 HUMANOS

- Instituto de ciegos y débiles visuales. DIF-SEP
- Una directora de tesina
- Un estudiante de licenciatura de Cirujano Dentista

6.11.2 MATERIALES

- Libros de la Facultad de Odontología
- Computadora e Internet
- Hojas blancas
- Lápices
- Abatelenguas
- Bata blanca
- Guantes
- Lentes
- Cubrebocas
- Obsequios para los niños

6.11.3 FINANCIEROS

1000 pesos

7. RESULTADOS

A partir de los datos recolectados a través de la hoja clínica, se obtuvieron los siguientes resultados en la población de estudio:

La distribución de sexo es homogénea (ver tabla y grafica 2) siendo el 53.3% niños y 46.7 niñas.

La mayoría de los niños se encuentran en etapa de dentición mixta ya que las edades para el estudio fueron de 6-12 años (ver tabla y gráfica 1).

A pesar de que se les enseña y tiene conocimiento de su salud oral el cepillado es insuficiente a partir del índice CPOD obtenido en este estudio (ver gráfica 7, tabla y gráfica 4)).

El propósito del cuestionario fue determinar si el niño tenía conocimiento o no sobre su cuidado dental, el cual se cumplió y se pudo detectar a través de las preguntas que si conocen sus dientitos (ver tabla 7 y gráfica 8) donde el 93% contestó que si. Se les preguntó si conocían los cepillos dentales (ver gráfica 10). Reportan cepillarse sus dientes (ver gráfica 13), lo que nos dice que si tienen interés por su salud oral, conocen y saben que es un dentista (ver gráfica 15). Pese a todo este resultado favorable existe la presencia del dolor dental (ver gráfica 9), existen dientes perdidos (ver tabla y gráfica 5), dientes obturados (ver tabla y gráfica 6) y dientes cariados (ver tabla y gráfica 4) lo que establece la necesidad sentida de más vigilancia, mayor control y además mayor interés por parte del equipo de salud.

Este estudio se enfocó a la población con ceguera total, pero la población total de este Instituto (120 niños) se vería altamente beneficiada con esta vigilancia permanente por parte de los cirujanos dentistas.

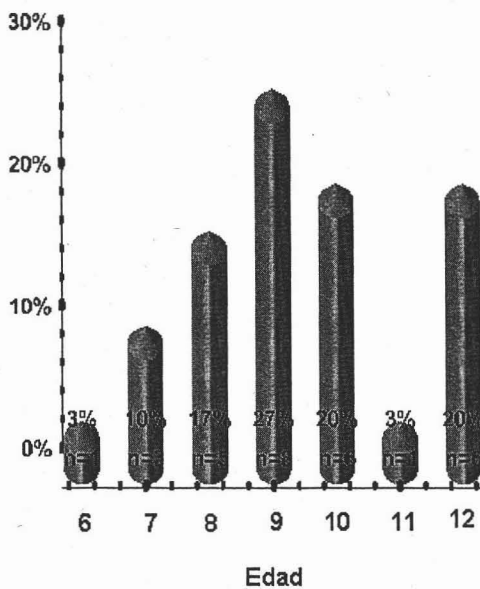
**NIÑOS CON CEGUERA TOTAL
TOTAL DE LA POBLACIÓN**

Tabla 1

	Edad del paciente	Sexo del paciente	Grupo escolar
	30	30	30
Mean	4,40	1,47	3,47
Median	4,00	1,00	3,00
Mode	4	1	2
Sum	132	44	104

DISCAPACIDAD VISUAL

CIEGOS



Bars show percents

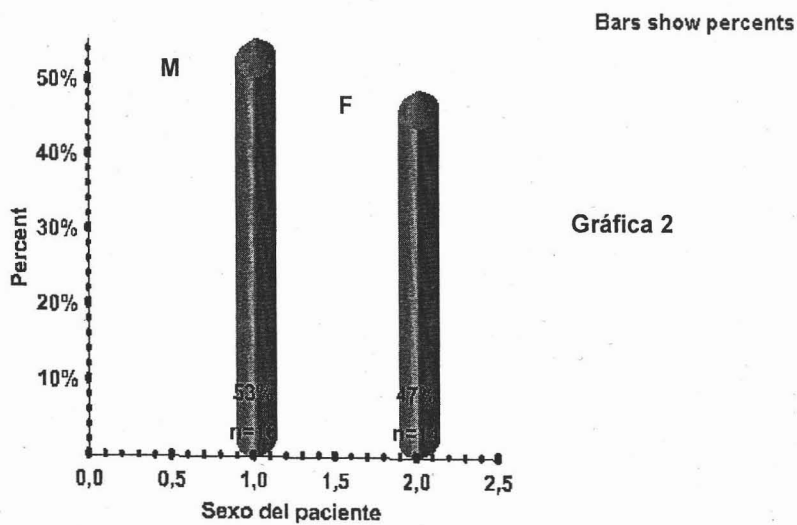
Gráfica 1

Edad del paciente

Sexo del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
masculino	16	53,3
femenino	14	46,7
Total	30	100,0

Tabla 2

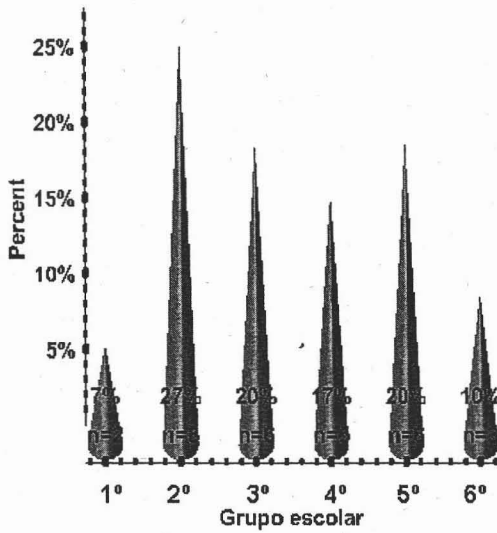
DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS*Sexo del paciente*

Grupo escolar

	Frecuencia	Porcentaje
1 "A"	2	6,7
2 "A"	8	26,7
3 "A"	6	20,0
4 "A"	5	16,7
5 "A"	6	20,0
6 "A"	3	10,0
Total	30	100,0

Tabla 3

**DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS**



Bars show percents

Gráfica 3

Grupo

CPOD

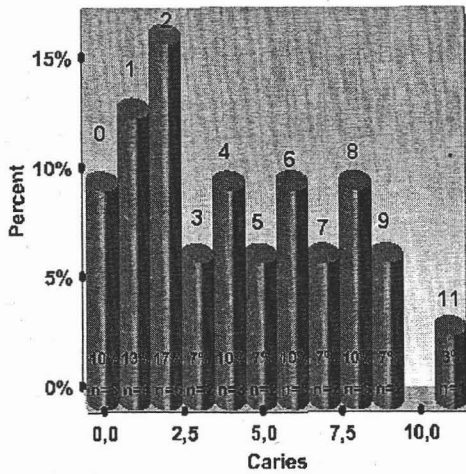
Caries

	Frecuencia	Porcentaje
0	3	10,0
1 cariado	4	13,3
2 cariados	5	16,7
3 cariados	2	6,7
4 cariados	3	10,0
5 cariados	2	6,7
6 cariados	3	10,0
7 cariados	2	6,7
8 cariados	3	10,0
9cariados	2	6,7
11 cariados	1	3,3
Total	30	100,0

Tabla 4

DISCAPACIDAD VISUAL

CIEGOS



Gráfica 4

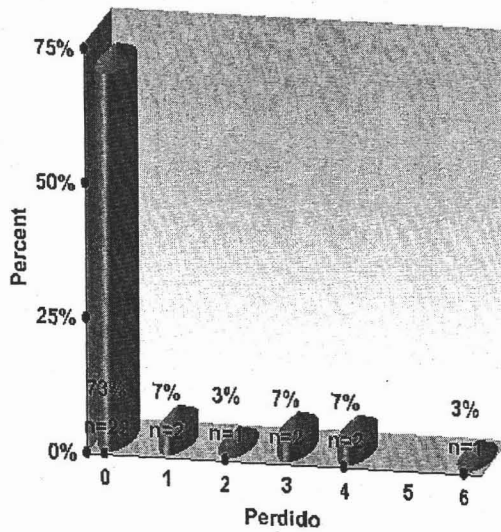
ENCUESTA

Perdidos		
	Frecuencia	Porcentaje
0	22	73,3
1 perdido	2	6,7
2 perdidos	1	3,3
3 perdidos	2	6,7
4 perdidos	2	6,7
6 perdidos	1	3,3
Total	30	100,0

Tabla 5

DISCAPACIDAD VISUAL

CIEGOS



Bars show percents

Gráfica 5

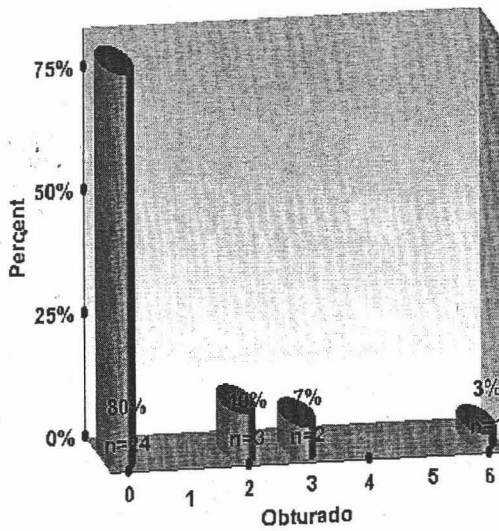
ENCUESTA

Obturados

	Frecuencia	Porcentaje
0	24	80,0
2 obturados	3	10,0
3 obturados	2	6,7
6 obturados	1	3,3
Total	30	100,0

Tabla 6

**DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS**



Bars show percents

Gráfica 6

ENCUESTA

Gráfica 7

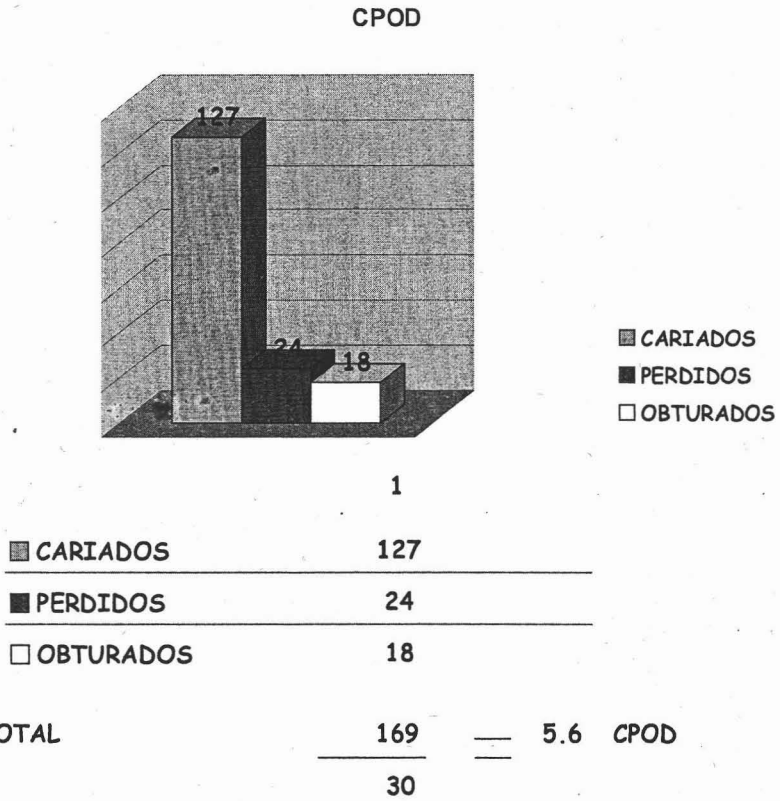


Tabla 7

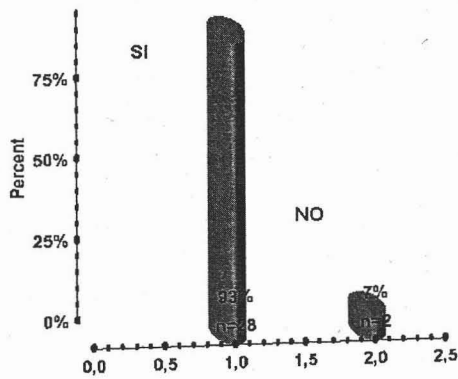
ENCUESTA

	Pre 1	Pre 2	Pre 3	Pre 4	Pre 5	Pre 7	Pre 8	Pre 9	Pre 10
si	28	8	29	25	4	29	26	22	28
no	2	22	1	5	26	1	4	8	2

ENCUESTA

	Pre 6
1 vez	13
2 veces	11
3 veces	6

DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS



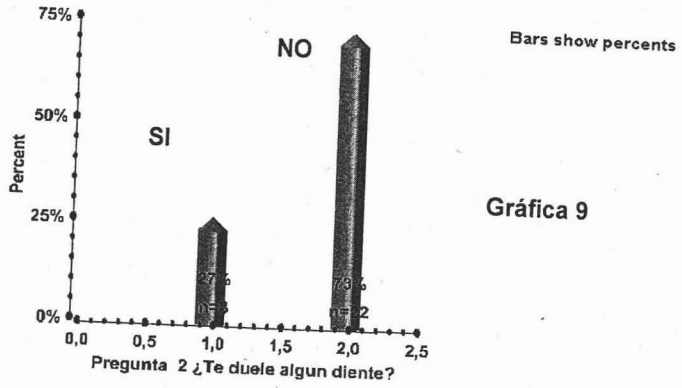
Bars show percents

Gráfica 8

Pregunta 1 ¿Sabes cuales son tus dientes?

ENCUESTA

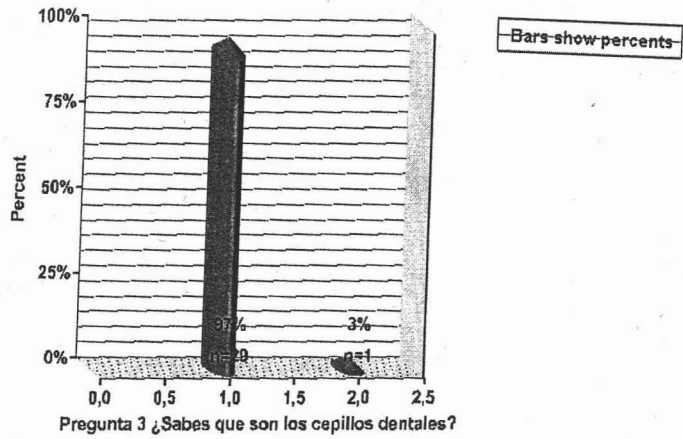
DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS



Gráfica 9

ENCUESTA

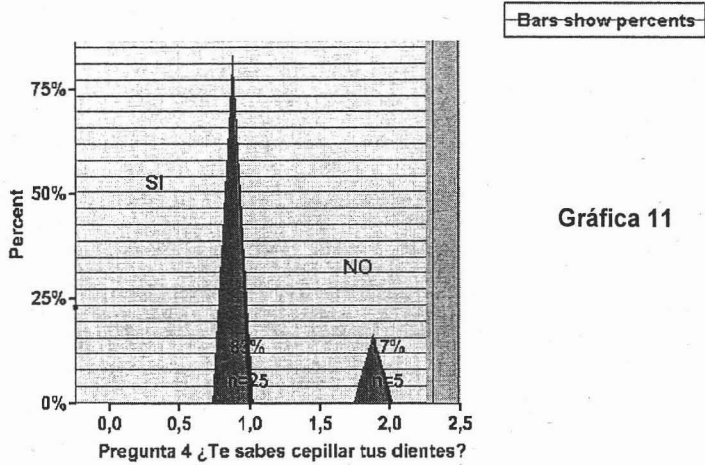
DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS



ENCUESTA

DISCAPACIDAD VISUAL

CIEGOS

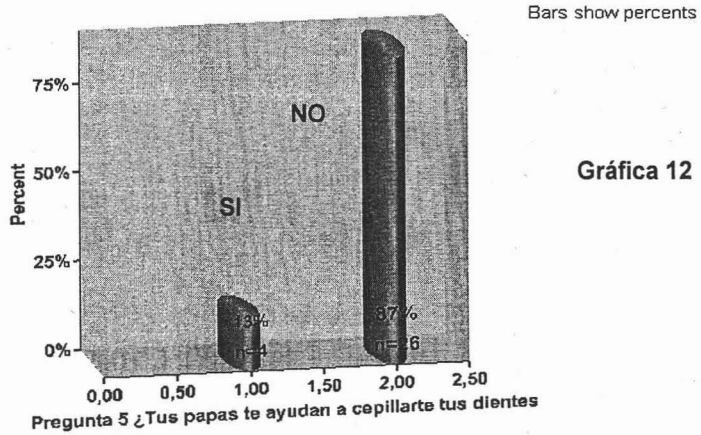


Gráfica 11

ENCUESTA

DISCAPACIDAD VISUAL

CIEGOS

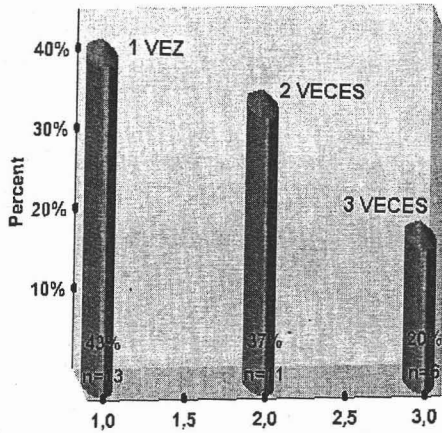


Gráfica 12

ENCUESTA

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS



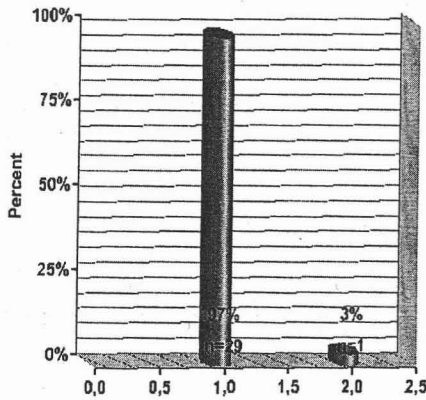
Bars show percents

Gráfica 13

Pregunta 6 ¿Cuántas veces al día te cepillas tus dientes?

ENCUESTA

DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS



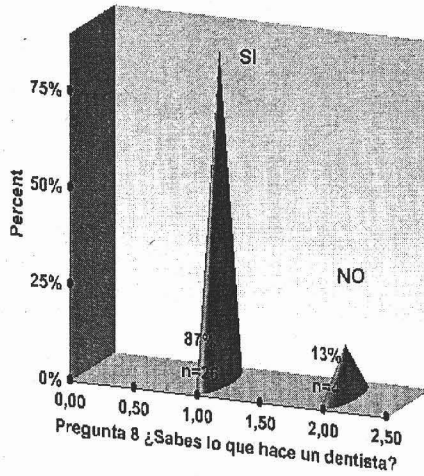
Bars show percents

Gráfica 14

Pregunta 7 ¿Te gustaría aprender a cepillarte tus dientes?

ENCUESTA

DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS

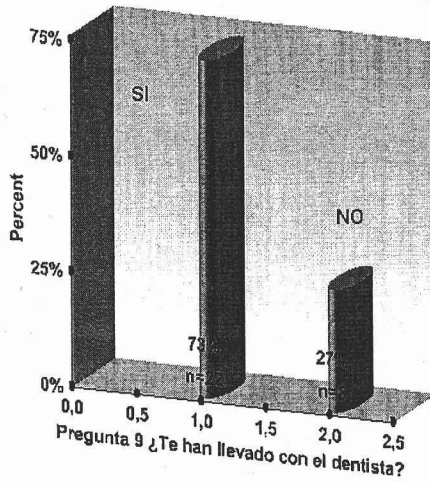


Bars show percents

Gráfica 15

ENCUESTA

DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS

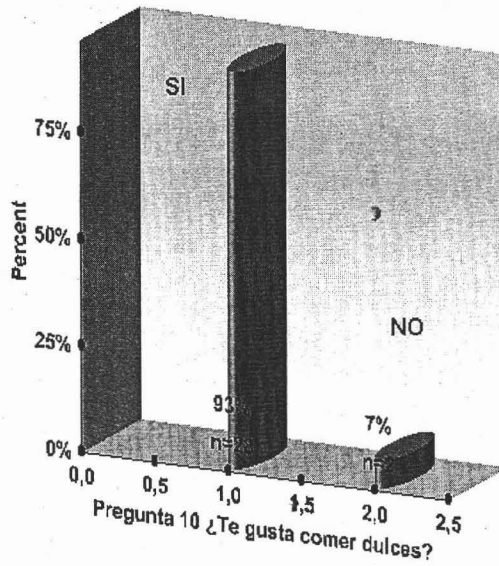


Bars show percents

Gráfica 16

ENCUESTA

DISCAPACIDAD VISUAL
CIEGOS



Bars show percents

Gráfica 17

ENCUESTA

8. CONCLUSIONES

- Dada su condición de discapacidad es importante brindarle más atención a estos niños.
- Mediante el cuestionario se detectó que los niños si conocen sus dientes, saben que hace un dentista y conocen que es un cepillo, sin embargo al levantar el índice CPOD, resultó ser de 5.6, el cual nos dice que se necesita atención odontológica inmediata en estos niños.
- La mayoría de los niños con discapacidad visual son autosuficientes en el cuidado de su boca, no así garantizando la calidad de la higiene.
- Dado que pasan la mayoría del tiempo en el Instituto sería recomendable trasladar el servicio dental portable (Lo EC, 2004 Brooks C, 2002), a este lugar para proporcionar el cuidado, tratamiento y prevención necesaria de manera permanente a través de una vía alterna de servicio social de los estudiantes de la Facultad de Odontología en donde los futuros egresados se ocupen de la vigilancia dental de esta población especial.
- A partir de este estudio crear la necesidad de incluir en el programa de estudios de la carrera de Cirujano Dentista un apartado sobre los cuidados especiales para la población discapacitada.
- Por lo anteriormente expuesto, dada la necesidad sentida de salud y vigilancia oral es necesario crear programas de capacitación del personal de la salud para poblaciones discapacitadas.
- Uno de los propósitos de esta investigación es enfatizar sobre la prevención y acostumbrar al niño a la presencia del odontólogo para crear el hábito de manera adecuada, para prevenir enfermedades bucales y sobre todo evitar miedos y rechazos hacia el servicio dental, con prácticas de higiene oral con tiempo y paciencia, ya que es una población de alto riesgo por sus limitaciones.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Silva, D. (1951). La ceguera concepto y definición. Ana. Soc. Mex. De Ofta. XXV 41-48.

Flores, V.R. (1952). Psicología de los ciegos. Bole. Del Hosp. Ofta. de Nuestra Sra. de la Luz. V; XIII num. 5 103-110.

Murillo, L. R. (1975). El niño inválido visual. Gpo. Mex. Ofta. Ped. 1975 5V (6) 5P.

Papalia, D. (2003). Psicología de Desarrollo. 8ª. ed. Editorial Mc. Graw Hill. Pp. 486.

Weyman, Joan. (1976). Odontología para niños impedidos. Argentina. Editorial Mundi S.A.I.C y F. Pp. 121-122.

Holloway, P. et al. (1979). Salud dental infantil. 2ª. Ed. Argentina. Editorial mundi S.A.I.C y F. Pp. 165-179.

Nowak, Arthur, (1979). Odontología para el paciente impedido. Editorial Mundi S.A.I.C y F. Pp. 126-129.

Davis, J. et al. (1984). Paidodoncia. Atlas. 2ªed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Pp. 463.

Braham, R. et al. (1984). Odontología Pediátrica. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Pp. 565.

Mc. Donald, R. et al. (1990). Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ª ed. Argentina. Editorial Médica Panamericana. Pp. 590-592.

Koch, G. et al. (1994). *Odontopediatría. Enfoque Clínico*. Argentina. Editorial Médica Panamericana. Pp. 77-78 y 276.

Nandini, N. (1999). New insights into improving the oral health of visually impaired children. *Pub. Med. Odontología*. 15: 112-113.

Cameron, A. et al. (2000). *Manual de Odontología*. España. Editorial Harcourt. Pp. 261.

Yaari, A. et al. (2000). Adequacy of corrective and Preventive Dental Care for children UIT Developmental Disabilities in Diverse Urban Setting. *Pub. Med. Odontología*. 35(3): 45-6.

Valerie, C. et al. (2000). Blind Children and Oral Health. *Pub.Med*. 80: 32-35.

Salinas, C. et al. (2000). A comprehensive program for the diagnosis and treatment of special patients. *Pub. Med. Spec Care Dentist*. 34: 46.

Martín, M, et. al. (2002). Dental fear in special needs clinic population of persons with disabilities. *Pub.Med. Spec Care Dentist*. 22(3): 99-102.

Brooks, C. et al. (2002). Program evaluation of mobile dental services for children with special health care needs. *Pub. Med. Spec Care Dentist*. 22(4):156-60.

Glassman, P. (2003). Practical protocols for the prevention of dental disease in community settings for people with special needs: preface. *Pub.med. Spec Care Dentist*. 23(5):157-9.

Lo, EC. et al. (2004). Outreach dental service for persons with special needs in Hong Kong. Pub. Med. Odontología. 24 (2):80-5.

Holtzman, J, et al. (2004). Designing and implementing a school-based dental program for students with development disabilities. Pub. Med. Spec Care Dentist. 24(6):308-12.

<http://www.inegi.gob>

<http://www.once.es>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD

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

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

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

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

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad Universitaria, D. F., a 12 de enero de 2005.

LA COORDINADORA

C. D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



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

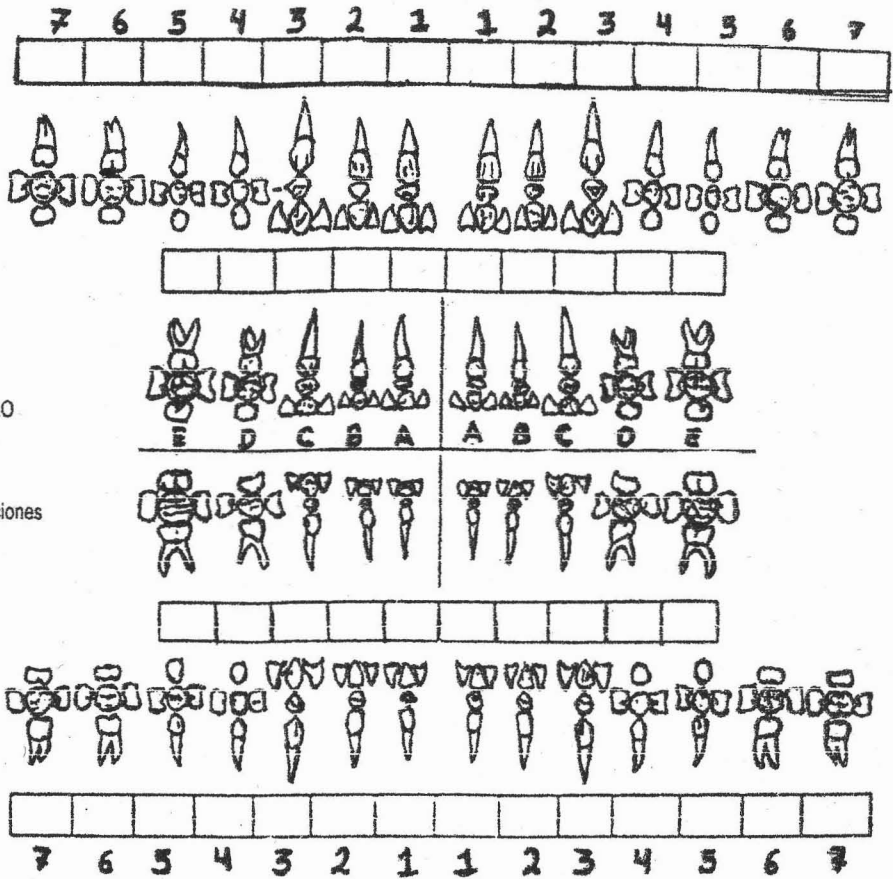
385

DIRECCION DE
EDUCACION ESPECIAL
RECIBIDO
12 ENE 2005
AFIRMACION DE PARTES

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____

ETIOLOGIA _____



- ➔ CIRCULO
Caries
- ➔ TRIANGULO
Ausente
- ➔ CRUZ
Restauraciones

- 1.- ¿SABES CUALES SON TUS DIENTITOS? _____
- 2.- ¿TE DUELE ALGUN DIENTITO O MUELITA? _____
- 3.- ¿SABES QUE SON LOS CEPILLOS DENTALES? _____
- 4.- ¿TE SABES CEPILLAR TUS DIENTES? _____
- 5.- ¿TUS PAPAS TE AYUDAN A CEPILLARTE TUS DIENTES? _____
- 6.- ¿CUÁNTAS VECES AL DIA TE CEPILLAS TUS DIENTES? _____
- 7.- ¿TE GUSTARIA APRENDER A CEPILLARTE TUS DIENTES? _____
- 8.- ¿SABES LO QUE HACE UN DENTISTA? _____
- 9.- ¿TE HAN LLEVADO CON EL DENTISTA? _____
- 10.- ¿TE GUSTA COMER DULCES? _____