



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Especialización en Estomatología en Atención Primaria

**“Programa de Atención Estomatológica en el Centro de
Desarrollo Comunitario para la Ceguera y Débiles
Visuales, Cd. Nezahualcóyotl.”**

T E S I S

**Que para obtener la Especialización en Estomatología En
Atención Primaria.**

Presenta: C.D. Sandra Méndez Murillo

Directora: Mtra. María Silvia Hernández Zavala

Asesora: Mtra. Ma. Rebeca Romo Pinales





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A Dios:

Por siempre brindarme luz y energía para vivir.

Por darme aliento a seguir superándome.

A mi hija y mi esposo:

Rebeca Trejo Méndez

José Francisco Trejo Ibarra.

Por todo su tiempo, comprensión, amor y por el apoyo que tuvieron en todo momento.

A mis profesores:

Agradezco todos los apoyos académicos a todos mis profesores de la especialidad que durante mis estudios siempre me dirigieron y resolvieron mis dudas.

Especialmente a mis profesoras directoras de tesis y asesora, por brindar su apoyo para la realización de esta tesis que aquí se presenta y por brindarme su amistad y consejo:

Mtra. María Silvia Hernández Zavala

Mtra. Ma. Rebeca Romo Pinales.

A la comunidad participante:

Agradezco la participación así como su confianza de los padres de familia, cuidadores, los niños del centro y profesores que ayudaron a que el programa que aquí se refiere tuviera el desarrollo de investigación que se requería durante mi estancia en el Centro de Desarrollo Comunitario para la Ceguera y Débiles Visuales.

Índice:

Presentación_____	4
Antecedentes_____	6
Justificación _____	19
Objetivo General_____	21
Objetivos específicos_____	21
Organización_____	22
Actividades_____	26
Recursos_____	29
Resultados_____	32
Conclusiones_____	44
Recomendaciones_____	45
Referencias bibliográficas_____	46

PRESENTACIÓN

Los problemas de salud bucal como la caries dental o las enfermedades de las encías y maloclusiones afectan en general a todos los niños, incluidos los niños con discapacidad y necesidades especiales, quienes suelen enfrentar más dificultades que la población en general. Algunos casos incluyen disfunciones en las habilidades cognitivas, del comportamiento, motrices, y neuromusculares, que pueden generar babeo, atragantamiento, problemas para la deglución, movimientos corporales no controlados, reflujo gastroesofágico, convulsiones, flacidez y espasticidad. Estas condiciones representan obstáculos para el cuidado adecuado de la salud integral y de la boca.¹

Además de la discapacidad visual en el grupo de niños atendidos algunos presentaban otros trastornos de repercusión sistémica en su crecimiento y desarrollo que cohabitan en la misma persona. A esta experiencia se le denomina comorbilidad.

Los niños con discapacidades y necesidades especiales requieren ayuda extra porque dependen de otros para lograr y mantener una buena salud. La salud bucal no es una excepción, una boca limpia es una de las medidas preventivas más importantes durante toda la vida y estará influenciada por la habilidad que tenga la familia, el personal en la escuela y el personal de salud para proporcionar al niño la ayuda necesaria.

Los proveedores del cuidado para niños con necesidades especiales (padres de familia, cuidadores, tutores y representantes legales) en el escenario escolar y doméstico, también son responsables del cuidado de su boca. Los cuidadores primarios necesitan recibir guía profesional para contar con el entrenamiento apropiado que conduzca al fomento de la educación y promoción de la salud integral y para satisfacer las necesidades de cuidado bucal de estos niños.

En el presente documento se reportan los resultados del programa de atención estomatológica dirigido a los niños del Centro de Desarrollo Comunitario para la Ceguera y Débiles Visuales en Cd. Nezahualcóyotl. La experiencia desarrollada en este escenario escolar consistió en la aplicación del programa de educación y promoción de la salud bucal así como la referencia para su atención clínica en la Clínica Estado de México de la Facultad de Estudios Zaragoza de la UNAM.

Las estrategias desarrolladas sobre educación para la salud se han planteado acordes a las necesidades corporales y socioculturales propias de la condición de discapacidad de cada niño y las acciones de prevención y promoción de la salud bucal se realizaron en estrecha relación con los profesores del centro y el personal de apoyo.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990), reporta que el 90 % de las 38 millones de personas ciegas del mundo y las 110 millones de personas con baja visión, viven en países en vías de desarrollo. Las estadísticas señalan que en los países latinoamericanos, se encuentra el 50% de la población ciega del mundo, lo que evidentemente como universitarios al servicio de la sociedad nos pone en alerta para buscar los mecanismos más adecuados para ofrecer atención a estos grupos.¹

El INEGI (2010) reporta que la segunda discapacidad en el país es la visual, la primera es la motriz. En el 2010 había 112, 336,538 habitantes en la República Mexicana de los cuales 4, 527,784 tienen alguna discapacidad y de ellos, 1, 292,201 tienen algún tipo de discapacidad visual.³

Según la Organización Mundial de la Salud las dos terceras partes de la población con discapacidad no reciben atención bucodental, y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de un país a otro, los aspectos de salud integral para este grupo en desventaja no incluyen la rehabilitación bucodental.¹

Discapacidad visual

La ONU considera tres tipos de discapacidad: mental, física y sensorial. El presente trabajo se centra en la discapacidad sensorial visual. Se considera ciego o ciega legal a la persona que tiene acuidad visual $\leq 20/200^{\circ}$ Koestler. La OMS establece límites en términos de agudeza o campo visual. La agudeza visual va desde 0 (cero) que es la falta de percepción lumínica hasta un décimo que equivale a la pérdida del 90 % y el campo visual restringido del 20% en el diámetro más amplio. Así es como se define legalmente la ceguera. La persona entonces enfrenta discapacidad visual (persona ciega) o puede existir solamente disminución visual.³

La discapacidad visual incluye:

a) Ceguera

b) Baja Visión (también llamada disminución visual o visión subnormal)

La baja visión, a su vez puede provocarse por una merma en la agudeza visual (*calidad de visión*) o por un recorte en el campo visual (*cantidad de visión*). Así, hay quien tiene dificultades para ver de cerca, o de lejos; hay quien ve mejor de noche, quien ve como a través de un cristal empañado o de una red o quien ve como a través de un tubo.⁵

DISCAPACIDAD VISUAL → CEGUERA



BAJA VISIÓN

Por disminución en la agudeza visual

Por recorte en el campo visual

Ceguera

Ciego es una persona que tiene visión cero o que “sólo tiene una mínima percepción de luz”, en la ceguera absoluta o total no se distingue luz de oscuridad. La persona que carece de visión construye la realidad a través de la información que le proporcionan los otros sentidos. Sin embargo hay nociones de que por ser exclusivamente visuales no se logra aprehender: los colores, el horizonte, las estrellas.

La persona ciega aprende de forma diferente privilegiando el sentido del tacto (sentido de inmediatez) como el olfato, el gusto y el oído. La agudización de la percepción táctil es el resultado de la ejercitación y no de una compensación espontánea. La estimulación al niño ciego, es muy importante ya desde su nacimiento a fin de proveerlo de experiencias ricas, variadas y con significado, que le ayuden a crecer sano, es vital enseñarle a explorar el espacio y no temer al movimiento.⁵

Baja Visión

Según Organización Mundial de la Salud (1990) una persona con baja visión es quien tiene en su mejor ojo una agudeza visual de 3/10 hasta visión luz o un campo visual ≤ 20 grados, pero que es potencialmente capaz de usar su visión para la ejecución de una tarea. En cuanto al campo visual, la persona puede tener un recorte a nivel central lo que le provocará dificultades para leer pero no para caminar o puede enfrentar limitaciones a nivel periférico en cuyo caso podrá leer pero estará muy limitado para deambular.

La visión puede ser como a través de un tubo o por sectores; estas personas tienen un comportamiento visual que a los demás resulta extraño ya que podrán tropezar con un banco que tienen delante y distinguir perfectamente un lunar en el rostro de alguien. Hay quienes ven diferente según las condiciones de luminosidad prefiriendo el día (como en el caso de la ceguera nocturna) o la noche (como en el caso de las personas que padecen fotofobia).⁵

Pérdida de acuidad

La pérdida de acuidad hace que las cosas se vean nubladas. La miopía o la presbicia son tipos de pérdida de acuidad que ocurre cuando la imagen no entra a la retina correctamente (errores refractivos).

Las pérdidas del campo visual

El campo visual es todo lo que se puede ver al mirar directo hacia el frente y es normalmente 180 grados en todas las direcciones. Las pérdidas en el campo visual significan que parte de esa área visual no puede verse, entre los tipos de pérdida de campo visual se encuentran:

- Hemianopsia: falta del campo visual derecho o izquierdo, superior o inferior.
- Pérdida central: como si se pusiera el puño de su mano frente a sus ojos
- Scotoma: manchas en el campo visual
- Islas de visión: nada más pueden ver ciertos puntos separados, y
- Ceguera periférica: sólo puede ver hacia el frente pero falta la información de los costados.⁴

Etiología

Las causas de la deficiencia visual son diversas, en función del proceso que se vea implicado (la visión no es función que dependa únicamente del ojo) y del origen de la lesión, pueden ser clasificadas en:

Congénitas

- Anoftalmia (carencia del globo ocular)
- Atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa)
- Cataratas congénitas (Cristalino opaco)
- Microftalmia (escaso desarrollo del globo ocular)
- Albinismo (carencia de pigmento)
- Aniridia (ausencia o atrofia del iris)
- Atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa)
- Coloboma (deformaciones del ojo)
- Glaucoma congénito (lesiones por presión ocular)
- Miopía degenerativa (pérdida de agudeza visual)
- Queratocono (córnea en forma de cono)
- Retinitis Pigmentaria (pérdida pigmentaria en la retina)
- Rubéola (infección vírica adquirida durante el embarazo: afecta a todo el ojo)
- Toxoplasmosis (infección vírica –afecta retina/mácula)

Adquiridas/accidentales:

- Avitaminosis (insuficiencia de vitaminas)
- Cataratas traumáticas (cristalino opaco)
- Desprendimiento de retina (lesión retinal)
- Diabetes (enfermedad donde hay dificultad para metabolizar la glucosa)
- Estasis papilar (estrangulamiento del nervio óptico)
- Fibroplasia retrolental (afecciones en retina)
- Glaucoma adulto (lesiones por presión ocular)
- Hidrocefalia (acumulación de líquido en el encéfalo)
- Infecciones diversas del sistema circulatorio
- Traumatismos en el lóbulo occipital

- Histoplasmosis (infección por hongos de heces)
- Meningitis (infección de las meninges cerebrales)
- Neuritis óptica (infección del nervio óptico)

La discapacidad visual por tanto es la deficiencia en la estructura o funcionamiento de los órganos visuales, cualquiera que sea la naturaleza o extensión de la misma que causa una limitación, que aún con la mejor corrección, interfiere con el aprendizaje normal o accidental a través de la visión y constituye, por lo tanto, una desventaja educativa.⁵

Comorbilidad de la Ceguera o Debilidad Visual con otros padecimientos

Las personas que cursan con ceguera o debilidad visual, con frecuencia padecen también otro tipo de trastornos como las alteraciones neurológicas de distinta índole y con diversos grados de evolución y deterioro, problemas de lenguaje, parálisis cerebral, enfermedad de Lennox, retinopatía del prematuro o cataratas congénitas, entre las más importantes, así como cualquier otro tipo de disfunción neurológica o psicomotriz.⁶

Retraso Mental

Algunos estudios estiman que el retardo mental afecta al 3% de la población. Batshaw (1997) calcula que el retardo mental es 10 veces más frecuente que la parálisis cerebral y 25 veces más común que la ceguera.³ La American Association on Mental Deficiency (AAMD) definió el retraso mental como un funcionamiento intelectual general notablemente por debajo del promedio, que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiesta durante el período de desarrollo. Según esta definición, para que una persona sea clasificada con retraso mental, tiene que cumplir tres criterios:

- Primero, tiene que haber “un funcionamiento intelectual notablemente por debajo del promedio”, en la práctica esto significa que la persona, en una prueba de inteligencia, tiene que obtener una puntuación por debajo de la norma aceptada para el grupo de su edad.

- El segundo criterio es que el sujeto tiene que manifestar una deficiencia de adaptación en su conducta, sin embargo este criterio es un tanto difícil de especificar, pero básicamente significa que la adaptación del individuo a las exigencias de su ambiente social tiene que ser inferior a la de sus compañeros de la misma edad y grupo social al que pertenezca.
- El tercer criterio es que la deficiencia en la conducta de adaptación y el funcionamiento intelectual por debajo del promedio tienen que manifestarse durante el período de desarrollo, prácticamente desde la concepción hasta los 18 años. Esto significa que el retraso se concibe como un desorden de desarrollo. El individuo que llega a la edad adulta después de un desarrollo normal nunca podrá considerarse como retraso mental.

Hay una diferencia muy importante entre esta definición de retraso mental y el uso popular del término. La definición de la Asociación Americana de Deficiencia Mental (AAMD) no menciona ni la causa del retraso ni su carácter irreversible. El retraso mental se define exclusivamente en función de la conducta; no obstante, con frecuencia se concibe el retraso como un desorden constitucional: orgánico y permanente.^{6,7}

Problemas de Lenguaje

El lenguaje es uno de los procesos mentales humanos más complejos, ya que es a través de éste que los seres humanos pueden comunicar experiencias, anécdotas y conocimientos; y a través de éste se aprende a leer y a escribir. El lenguaje se va desarrollando conforme al crecimiento y madurez del individuo. Las alteraciones y fallas detectadas por los padres o los maestros deben ser atendidas inmediatamente.⁸

La dificultad de adquirir o usar el lenguaje se denomina *trastornos en el desarrollo del lenguaje* y su gravedad varía mucho de un niño a otro, en los adultos en quienes se reportan los trastornos del lenguaje, son llamados afasias y suelen vincularse a daños cerebrales en el centro del lenguaje, en los niños suelen deberse a problemas congénitos o infecciosos⁹.

Leischner en 1976 observando la elevada proporción de trastornos en el desarrollo del lenguaje se preguntaba que si la ausencia o gran limitación del habla se debía a una deficiencia mental o si debería considerarse como un retraso del lenguaje.⁸

Linck (1976) y Kruse (1980) han contribuido a elaborar un diagnóstico diferencial de los trastornos esenciales en el desarrollo del lenguaje, según su definición, un trastorno de lenguaje es una lesión orgánica de diversas funciones o centros cerebrales, en tanto que los retrasos de lenguaje son definidos como «un mero problema de maduración del mecanismo del lenguaje». Sin embargo, a partir del estudio del desarrollo del niño durante las últimas décadas se ha podido concluir que, en aproximadamente la mitad de los casos, los trastornos de la comunicación verbal se deben a una deficiencia mental, una tercera parte se debe a trastornos de lenguaje y en el resto de los casos a un retraso de lenguaje.⁸

Según Elstner (1987) diversos autores coinciden en agrupar los problemas del lenguaje en cuanto a las funciones del desarrollo comunicativo, el desarrollo semántico y conceptual, el desarrollo fonológico y los problemas relacionados con la educación.⁸

El lenguaje se desarrolla mucho más lentamente y con mayor dificultad en los niños con deficiencias visuales que en los videntes y su desarrollo se ve amenazado por diferentes obstáculos, los niños videntes muestran una proporción mucho mayor de desviaciones del habla en la edad preescolar que en los niños en edad escolar (desarrollo condicionado por el tiempo).⁹

Parálisis Cerebral

La Parálisis Cerebral es un padecimiento que principalmente se caracteriza por la inhabilidad de controlar completamente las funciones del sistema motor, esto puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios, y trastornos en la postura o movilidad del cuerpo. La parálisis es causada por una lesión al cerebro no a los músculos, esta lesión puede ocurrir durante o poco después del nacimiento; entre los factores que pueden causar la parálisis cerebral se encuentran: la falta de oxígeno, enfermedad, envenenamiento o lesión al cerebro.¹⁰

Las personas que padecen de parálisis cerebral también pueden padecer otros trastornos además de los del sistema motor, entre estos problemas se encuentran:

- percepción y sensación anormal
- incapacidades de la vista, del oído o de lenguaje
- convulsiones
- retraso mental
- dificultades para alimentarse, falta de control de los intestinos o de la vejiga, y problemas para respirar (debido a los problemas de postura)
- problemas de la piel (llagas por presión)
- problemas de aprendizaje

La parálisis cerebral puede variar en sus niveles de intensidad, y severidad del daño, no hay dos personas que sean afectadas exactamente igual; algunos niños con parálisis cerebral ligera pueden no ser diagnosticados hasta después de cumplir los dos años.

Los niños que padecen parálisis cerebral entre el 40-75%, tienen problemas o incapacidades de la vista Black (1980) expone, “pueden tener pérdida de la acuidad, pérdida del campo de visión, problemas de movimiento ocular y problemas de procesamiento, estas anomalías a menudo resultan en problemas de concentración visual o problemas para coordinar los ojos y las manos”.¹⁰

Enfermedad de Lennox

El síndrome de Lennox-Gastaut es una encefalopatía epiléptica dependiente de la edad, es de gran severidad por su fármaco resistencia y las discapacidades asociadas, es una enfermedad neurológica rara que se manifiesta durante la infancia, siendo más frecuente en varones; su incidencia es de 1/1.000.000 - 2.000.000 de nacimientos.

Se caracteriza por episodios frecuentes de crisis y en muchos casos retraso psicomotor, puede presentarse asociado a diferentes enfermedades subyacentes, asfixia del recién nacido, encefalitis, meningitis, deshidratación, traumatismo cerebral, esclerosis tuberosa, displasias corticales, malformaciones cerebrales y errores innatos del metabolismo.

El síndrome de Lennox ocurre en aproximadamente el 3% de los niños con epilepsia y la incidencia de epilepsia entre los familiares de estos pacientes varía entre el 2% y el 45%, se considera un síndrome epiléptico caracterizado por la presencia de distintos tipos de crisis generalizadas que aparecen entre el primero y el octavo año de vida.¹¹

Retinopatía del Prematuro

La Retinopatía del Prematuro (ROP), también conocida como *Fibroplasia Retrolental*, ocurre en algunos bebés que nacen prematuramente. La ROP es el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos en la retina y comúnmente la enfermedad comienza durante los primeros días de la vida, progresa rápidamente causando ceguera en cuestión de semanas. El ojo se desarrolla rápidamente durante las semanas 28-40 de gestación. A partir de la semana 16 de gestación hasta la hora de nacer, los vasos sanguíneos se desarrollan desde el nervio óptico hacia los bordes de la retina. Cuando un bebé nace prematuramente, el crecimiento normal de los vasos sanguíneos se detiene y comienzan a crecer vasos anormales, lo que produce una cicatriz de tejido fibroso que se adhiere a la retina y a la masa transparente de consistencia gelatinosa que llena el espacio entre la retina y la cara posterior del cristalino. Este anillo puede extenderse 360 grados alrededor en el interior del ojo y jala la retina desprendiéndola y en algunos casos causa ceguera.¹²

Cataratas Congénitas

Las cataratas congénitas son aquellas opacidades del cristalino que se presentan en los tres primeros meses de vida, se consideran las anomalías oculares más comunes y son una causa importante de deterioro visual en la niñez. Son las responsables de entre el 10 al 39% de todas las cegueras ocasionadas en los niños y cerca de una tercera parte de ellas son de origen hereditario. Este tipo de cataratas son ocasionadas por infecciones intrauterinas como la rubéola, microftalmia, glaucoma congénito, ingestión de corticoides y sulfonamidas por parte de la madre, radiación por Rayos X en el primer trimestre del embarazo, y malnutrición materna con carencia de vitaminas A, B1, C, D y ácido fólico.¹³

La salud bucal y la ceguera

La caries dental, las enfermedades del periodonto y las maloclusiones son las enfermedades orales más prevalentes en nuestro país. La patología bucal prevalente en niños con síndrome de Down, Sordera, Ceguera, Autismo y Trastornos Motores es muy variada. Las enfermedades como caries dental, gingivitis, maloclusión, queilitis y bruxismo, afectan a la generalidad de estos individuos, de ahí la necesidad de instalar tempranamente estrategias que eviten severidad de estas lesiones o instalación de caries en niños con trastornos convulsivos que ingieren altas dosis de medicamentos con contenido de azúcares para mejorar su sabor y hacer tolerable su ingesta. Las posturas físicas disfuncionales, las alteraciones del tono muscular, trastornos del sistema inmunológico entre otras pueden ser la causa de problemas buco-maxilofaciales.¹⁴

La población infantil y su relación con la educación para la salud son especialmente importantes porque en esos estadíos de la vida ocurren acelerados procesos de crecimiento y desarrollo, donde se exacerban los factores de riesgo para desencadenar enfermedades como la caries dental. La salud de la dentición temporal como el futuro de los dientes permanentes se pone en riesgo, de ahí la necesidad de ejecutar los criterios de eficiencia y equidad, sobre las acciones en salud bucal. Las acciones saludables dirigidas a los niños deben compartirse con los padres y cuidadores teniendo como principal referente la discapacidad, para determinar qué aspectos de la salud bucal pueden enseñarse, qué modificaciones a las prácticas higiénico-alimentarias tendrían que realizarse para lograr una mejor condición de salud.

La Educación para la Salud debe entenderse como un proceso de intercambio de saberes que busque en todo momento la reflexión acerca del qué, el por qué y el para qué de las acciones en salud bucal. Las intervenciones deben hacerse con una actitud de respeto hacia las personas y comunidades destinatarias de las acciones y una ubicación del saber disciplinario bajo un contexto de diálogo con otros saberes, no solo universitario, sino también los que se producen y se transmiten en las comunidades. Un niño con discapacidad que aprende, puede incorporar conductas para toda su vida, en tanto el personal de salud, docente, padre o cuidador pueda guiarlos en el proceso de aprendizaje; y para ello pueden utilizarse técnicas participativas tales como talleres, entrevistas, grupos focales, entre otros que promuevan la producción de conocimientos.¹⁵

Educación para la salud bucal en niños con discapacidad visual

La educación para la salud bucal es fundamental en la construcción de la calidad de vida de los niños. Las escuelas de educación especial podrían vincularse con las propuestas de corte educativo-preventivo para impartir promoción de la salud bucal con estrategias, contenidos y metodologías adecuadas, articulando ambos saberes. El escenario y contexto del grupo que se propone intervenir, implica el análisis y la selección de los métodos y estrategias adecuados para programar las acciones comunitarias inclusivas dirigidas a los grupos de niños con discapacidad que asisten a las instituciones de Educación especial.

Las estrategias de promoción y educación para la salud se han constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y al colectivo a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud. El inicio del trabajo obliga a conocer las actitudes del grupo a intervenir, pues éstas son la base para lograr las modificaciones que se proponen para mejorar los estilos de vida en los escenarios de los niños, en la unidad doméstica y en la escuela principalmente. La motivación es fundamental para sustentar los resultados en este tipo de propuestas de intervención.

Di Nasso (2000) señala que la promoción de la salud es muy importante porque sostiene la salud en el tiempo, pero debe ir acompañada de acciones asistenciales que devuelvan la salud cuando ésta se ha perdido. La educación para la salud bucal en escuelas de educación especial con acciones encaminadas a la formación del docente en esta temática, debe incorporar el hábito de higiene y autodiagnóstico bucal en la escuela. El acercamiento con los padres y cuidadores debe ser con el propósito de comprometerlos a realizar las acciones de higiene bucal en el escenario doméstico y trasladar a los niños para su atención clínica. La propuesta de este compromiso es multilateral: la universidad y sus profesionales, el gobierno (Ministerios de salud y educación), los padres y maestros, etc., es decir los distintos actores sociales involucrados para lograr el cambio que se pretende conseguir desde la perspectiva del programa de salud.¹⁶

Los problemas de salud bucal en pacientes con discapacidad visual suelen verse exacerbados debido a que su autopercepción y las habilidades para identificar anomalías sobre su cuerpo se encuentran afectadas. Asimismo su capacidad de decisión y autonomía se encuentran limitadas en la mayoría de los casos, por lo que el odontólogo debe percibir la problemática específica del niño y formular un plan de actividades favorables hacia la salud bucal. También debe interesarse por capacitar a los profesores y cuidadores en la aplicación de las técnicas correspondientes al cuidado de la salud

Las propuestas para fomentar en los escolares con discapacidad un aprendizaje en salud deben tener como eje, en primer orden la importancia de la autopercepción, después el autodiagnóstico seguido del autocuidado; con la misma frecuencia que en la práctica diaria se ofrece a un niño sano o funcional. La mejor estrategia es la naturalidad del día a día, la vigilancia de la cotidianidad y la práctica de los cuidados e higiene diaria. El factor de discapacidad presente en el niño lo ubica dentro de grupos de riesgo diverso; la salud bucal en estos casos requiere de un esfuerzo adicional, en donde la comunicación es básica para ampliar su espacio de acción a través de la estimulación de todas las áreas sensoriales: táctil, olfativa, gustativa y auditiva.¹⁶

El binomio educación-salud debe ser atendido considerando las condiciones de discapacidad del individuo y se deberán personalizar las acciones adecuadas. De acuerdo con el trabajo de Marilisa Sachteleben se enumeran algunas pautas:

1. Tratar de imaginar el mundo interior del estudiante. Intentar hacer sus tareas ordinarias con él y sus “manos”, sentir empatía y entender lo que él tiene que vivir.
2. Fomentar el aprendizaje de los estudiantes con discapacidad con la coherencia y la rutina. El cambio puede ser aterrador para algunos estudiantes con discapacidad.
3. Seguir un programa de base. Planificar y evaluar el proceso pautado para implementar los cambios que sean necesarios, retroceder o avanzar, respetar los tiempos.

4. Mantener el entorno limpio y organizado. La coherencia disminuye las angustias, las sorpresas o cambios de rutina obstaculizan los logros alcanzados.
5. En las necesidades educativas especiales, el "ambiente es menos restrictivo." Esto significa tolerancia y libertad, manteniendo al mismo tiempo la seguridad, y esto nos permite desarrollar el programa de salud en un mejor escenario.
6. Organizar el medio ambiente como si se tratara de un infante o un niño, más allá de la edad cronológica, disminuir obstáculos y situaciones de peligro.
7. Tratar de hacer sus vidas lo más funcionales posible. Fomentar los aspectos positivos y las habilidades que tienen.
8. Ayudar al estudiante con el auto-cuidado y las necesidades de higiene. Puede no saber cómo cuidar de sí mismo. Y generalmente se hace hincapié en la desventaja, que a su vez causa más problemas sociales.

Las estrategias metodológicas deben ser de manera esencial en todas las actividades educativas cien por ciento vivenciales, de esta manera pueden ser mejor aprovechadas por el niño con discapacidad visual. Las estrategias deben ser planificadas de acuerdo con las características de los individuos.¹⁷

JUSTIFICACIÓN

La equidad en salud significa iguales oportunidades de acceso para los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud, una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo grupal o personal.²

El cuidado de la salud es un compromiso que trasciende a los actores de la salud para involucrar a los grupos sociales; más aún cuando se trata de personas que enfrentan factores de riesgo que los hacen más vulnerables, como es vivir la infancia con discapacidad y en estado de indefensión. En la mayor parte de los casos se presentan escasas o nulas oportunidades de atención, educación, promoción y prevención de la salud; o bien tienen acceso a estrategias de educación con poca comprensión debido a que son proyectadas de manera generalizada y cuyo contenido de terminología biomédica no es accesible a todos los estratos socioeconómicos, que es donde se encuentra la mayoría de la población afectada.

Sólo por debajo de Ecatepec, Cd. Nezahualcóyotl ocupa el segundo lugar con hombres y mujeres que padecen ceguera en el Estado de México. Asimismo, en el rubro de las enfermedades bucales, la caries dental y la enfermedad periodontal destacan por su alta prevalencia con el 90 y 70% respectivamente. (INEGI).³

La patología bucal prevalente en niños con síndrome de Down, Sordera, Ceguera, Autismo y Trastornos Motores es muy variada, y ha sido asociada en estudios científicos de manera escasa. Según Pirela (1999) las enfermedades como caries dental, gingivitis, maloclusión, queilitis y bruxismo afectan a la generalidad de los individuos con discapacidad.¹⁴

La discapacidad en los niños es un fenómeno que multiplica las necesidades de atención en salud, en donde además del paciente se involucran otros actores como son los cuidadores primarios. La desinformación en ellos y sus familiares es crítica, ya que involucra a los principales escenarios de los que el niño forma parte; entre los más importantes están la unidad doméstica y la escuela, donde se exacerban toda clase de factores de riesgo que suelen complicar o incrementar el cuadro ya existente, con el riesgo de contraer nuevas enfermedades.¹⁸

Las condiciones de los niños con discapacidad requieren estrategias de educación para la salud bucal con mayores alcances, ya que en México, las estrategias que se han utilizado a nivel comunitario se aplican en grupos infantiles donde las condiciones de crecimiento y desarrollo no son disfuncionales.

La concepción de educación para la salud considerada en este trabajo plantea una educación que deje de ser un entrenamiento contra la enfermedad y se convierta en una formación para la vida a partir de tres principios básicos: La educación para la salud como construcción colectiva del conocimiento; la educación para la salud volcada hacia la construcción de proyectos de vida y; la educación para la salud no separada del acto médico.¹⁹

A partir de este planteamiento se elabora un programa de prevención y educación para la salud bucal dirigido a personas con discapacidad visual: niños que presentan ceguera o debilidad visual.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el programa de educación y promoción de salud bucal en los niños, cuidadores y profesores del Centro de Desarrollo Comunitario para la Ceguera y Débiles Visuales en Cd. Nezahualcóyotl y remitir los casos para su atención clínica a la Clínica Estado de México de la FES Zaragoza.

Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico clínico de caries dental e higiene bucal en los alumnos.
- Promover la salud integral y bucal dentro del plantel entre el alumnado, profesores y cuidadores.
- Aplicar las actividades de educación para la salud en la comunidad del plantel.
- Remitir a los alumnos que requieran tratamiento dental a la Clínica Multidisciplinaria Estado de México de la FES Zaragoza UNAM.

Población de trabajo

La población escolar estuvo integrada por 14 niños invidentes y débiles visuales, cinco profesores y seis cuidadores en el Centro de Desarrollo Comunitario para la Ceguera y Debilidad Visual.

Localización

El Centro escolar está ubicado en Av. Cuauhtémoc S/N, entre 4ª Avenida y 5ª Avenida, Col. Estado de México, en Cd. Nezahualcóyotl, Edo. De México

Tiempo de trabajo

El período de realización de este Programa comprendió el ciclo escolar 2010-2011.

ORGANIZACIÓN

La responsable del programa, desarrolló el trabajo en distintas etapas de acuerdo al interés y definición por cada grupo, a partir de las siguientes acciones:

- Solicitud de autorización al Director del centro para abordar el estudio de la salud de los niños usuarios.
- Revisión de los escasos documentos y archivos del historial clínico de cada caso.
- Observación directa a través del recorrido por el centro y de las condiciones de trabajo de cada espacio al interior del centro.
- Establecimiento de acuerdos sobre las fechas y rol de recorrido para la observación e identificación de las condiciones de cada uno de los grupos y de sus integrantes; necesarios para diseñar las estrategias de atención en cada caso.
- Entrevista con las profesoras, cuidadores y madres de familia de los niños.
- Realización del diagnóstico de caries dental y condiciones de higiene bucal de los escolares.
- Diseño, coordinación y desarrollo de las actividades educativo-preventivas que realizó el personal de apoyo y los profesores del centro comunitario de manera conjunta.
- Integración de dos grupos de profesores, uno de nivel preescolar estructurado por tres profesores y otro de escolaridad primaria con dos profesores. La función del grupo de profesores consistió en aportar la información relacionada con la situación de cada niño; se les informó en qué consistía el programa y que su participación sería atender a la capacitación para la prevención y educación en salud bucal.
- Integración de un grupo de cuidadores.
- Integración de un grupo de niños de preescolar y otro de primaria

El programa de atención estomatológica consistió en la aplicación de los programas de educación y promoción de la salud bucal, así como de la remisión de los casos para su atención bucal a la Clínica Estado de México de la FES Zaragoza.

Curso de educación y promoción de la salud bucal

El curso de educación y promoción de la salud bucal consistió de sesiones informativas y talleres de capacitación.

Se realizaron cinco sesiones informativas con duración de una hora cada una para cada grupo sobre los cuidados a la salud bucal.

Se realizaron cuatro talleres de capacitación con duración de una hora en cada grupo, sobre las estrategias y técnicas para el cuidado a la salud.

Contenido de las sesiones informativas:

- Sesión introductoria en donde se recabó la información relacionada con la situación de cada niño; se informó sobre el contenido, objetivos y metodología del programa y cómo sería su participación. Además se realizó un ejercicio de identificación e integración al grupo entre los participantes.
- Identificación de estructuras anatómicas de la cavidad bucal.
- Identificación de la biopelícula. Y su papel en la caries y gingivitis infantil.
- La importancia de la higiene bucal y como realizarla
- La importancia de las prácticas higiénico-alimentarias en la salud bucal.
- Las enfermedades más frecuentes de la boca.

El taller de estrategias y técnicas para el cuidado a la salud desarrolló las siguientes prácticas:

- Métodos para la detección de la biopelícula.
- Técnicas de eliminación de la placa biopelícula.
- Selección de alimentos saludables.
- Identificación de lesión cariosa, inflamación gingival y lesiones de tejidos blandos.

En cada grupo fueron consideradas las características de los usuarios para diseñar las estrategias didácticas más pertinentes en la capacitación.

Técnicas didácticas.

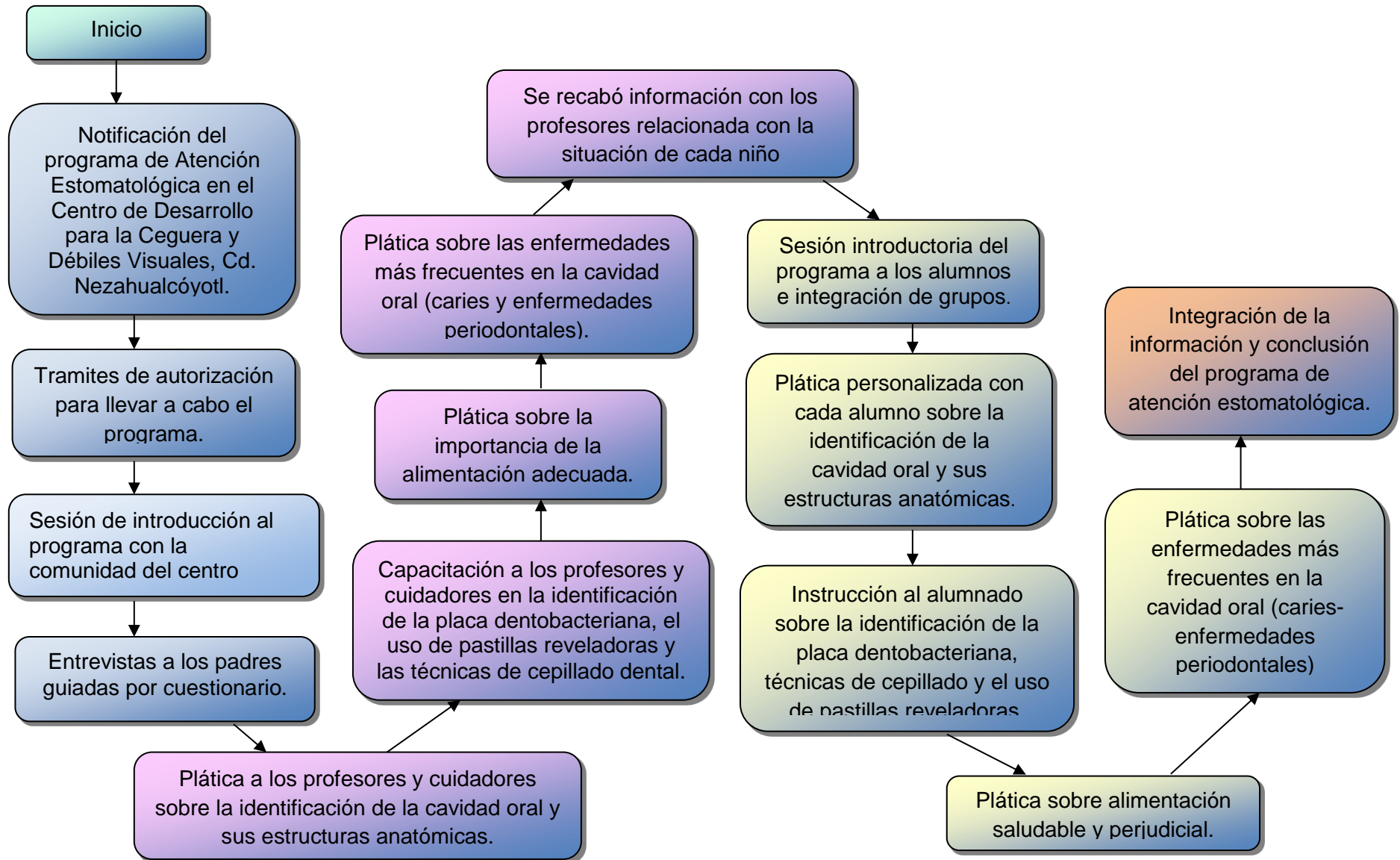
Los profesores y cuidadores, recibieron los contenidos temáticos dentro de las aulas del plantel y se utilizaron diversos materiales como dibujos explicativos, ejemplos entre los asistentes con el uso de pastillas reveladoras y detección de PDB con espejos faciales, tipodontos, cepillo dental, rotafolios e imágenes de alimentos.

Los talleres instruccionales se desarrollaron con actividades prácticas, en donde los asistentes aprendieron a identificar y eliminar la PDB por medio de las técnicas más adecuadas para cada niño utilizando cepillo dental y espejo facial.

Diagrama de Flujo

El diagrama de flujo muestra la secuencia en que se desarrollaron las actividades de la responsable del programa desde el inicio en donde se da el contacto con las autoridades del Centro de Desarrollo Comunitario para la Ceguera y Débiles visuales, hasta su término con la integración de la información y elaboración de resultados.

DIAGRAMA DE FLUJO



ACTIVIDADES

Las actividades de prevención y educación para la salud se desarrollaron primero en los grupos de profesores y cuidadores, y posteriormente en los grupos de niños.

Desarrollo de las actividades de prevención y educación para la salud en los profesores y cuidadores

El programa de educación y prevención en salud bucal que se impartió en los grupos de profesores y de cuidadores se realizó por medio de sesiones teóricas y prácticas. Las actividades se desarrollaron como sigue:

Primera sesión (informativa). Se presentó el programa y se informó acerca de su ejecución, así como la necesidad de contar con la participación tanto de los profesores del plantel como de los cuidadores de los alumnos. Al obtener una respuesta favorable se hizo un ejercicio de identificación e integración de los participantes en cada grupo. Se integraron dos grupos de profesores, uno para el grado de preescolar y otro para el grado de primaria. Se integró solamente un grupo de cuidadores.

Segunda sesión (teórica). Se trató la importancia del componente bucal como parte fundamental de la salud integral y de mantener el cuerpo sano. Se instruyó sobre todas las medidas, cuidados y actividades diarias que deben desempeñarse. La actividad didáctica se desarrolló con ayuda de rotafolio, tipodontos, modelos y macrodientes que ilustraron las partes que componen la cavidad oral. Se resolvieron dudas al final de la sesión.

Tercera sesión (práctica). Incluyó demostraciones acerca de cómo examinar las partes de la boca para identificar distintas alteraciones. La técnica didáctica empleada fue la demostración por medio de imágenes colocadas en el aula, además de modelos de yeso y tipodontos con fines de identificar los componentes de la boca y la reproducción de las técnicas por parte de los asistentes.

Cuarta sesión (teórica). Abarcó las técnicas que se emplean para identificar la PDB con y sin la pastilla reveladora, así como las técnicas de cepillado dental. Al final de la sesión se resolvieron dudas.

Quinta sesión (práctica). Incluyó la demostración de las técnicas de cepillado y se procedió a que los asistentes demostraran su propia técnica ya aprendida, los cuidadores además recibieron entrenamiento para que aprendieran a ayudar a los niños a cepillar sus dientes o ejecutar la técnica por ellos, en los casos en donde el niño no puede realizarlo por sí mismo.

Sexta sesión (teórica). La conferencia se trasladó al área del comedor del plantel para proponer alimentación adecuada y sana. Se utilizaron materiales ilustrativos y didácticos para la comprensión del tema.

Séptima sesión (práctica). Los asistentes emitieron sus opiniones y conocimientos respecto de los cambios aprendidos en relación a las prácticas higiénico-alimentarias accesibles de acuerdo a su entorno.

Octava sesión (teórica). Trató los temas de caries dental gingivitis y lesiones de tejidos blandos. Como medio didáctico se utilizó el rotafolio e imágenes ilustrativas que facilitarían su comprensión. Al final de la sesión se resolvieron dudas.

Novena sesión (práctica). Se realizó el ejercicio de identificar la lesión cariosa en sí mismos y en los niños y mostrar una actitud de resolución. Se realizó también el ejercicio de identificar inflamación gingival y lesiones de tejidos blandos en sí mismos y en los niños, así como mostrar una actitud de resolución ante el problema.

Desarrollo de las actividades de prevención y educación para la salud en los niños con discapacidad visual

Las actividades con los alumnos se realizaron en forma grupal y en forma personalizada. En forma grupal se expusieron los contenidos ya descritos, pero en algunos de ellos como la identificación de estructuras anatómicas, el uso de la pastilla reveladora y el uso del cepillo dental requerían que las actividades fueran en forma personalizada.

La identificación de las estructuras anatómicas, de la alimentación adecuada y grupos de alimentos sanos, incluyeron la utilización de elementos que permitían ejemplos tangibles de manera sensorial (tacto, olfato, sentido del gusto y auditivo).

El trabajo con los alumnos fue más difícil, porque además de su discapacidad visual la mayoría de ellos presentaba algún tipo de comorbilidad como el retardo mental, problemas de lenguaje, la enfermedad de Lennox, parálisis cerebral y problemas de motricidad. Estas condiciones requerían de un diseño de estrategias individuales y personalizadas.

Las actividades con cada niño se desarrollaron en función de las potencialidades individuales del escolar y todas las actividades educativas fueron cien por ciento vivenciales. Se utilizó un lenguaje sencillo y acorde con la condición de los niños.

Los conceptos fueron demostrados a través de medios auxiliares como tipodontos y macromodelos que ayudaban a ubicar la boca y los niños podían localizarla en ellos mismos; se enfatizó en los diferentes grupos de dientes y sus funciones y se les mostraron las diferencias entre dientes sanos y dientes cariados.

La demostración en cada alumno a través del tacto les permitía reconocer las diferentes texturas en la identificación de la placa dentobacteriana sobre sus dientes. Se utilizaron macromodelos que tenían relieve en donde se diferenciaron los niveles de placa cubriendo todo el diente hasta la mitad y un tercio de superficie dental, (esta estrategia ha sido inspirada en las demostraciones que en los primeros recorridos nos mostraron las profesoras durante las visitas a cada grupo. El uso de distintas telas, materiales y desarrollo de cuadernos personalizados para cada niño eran elementos de trabajo desconocidos por mí hasta este momento, por lo que en el ánimo de mantener el mismo tipo de sensibilización que ellas producían estimulando para cada caso los órganos de los sentidos es que fueron propuestas.

La explicación de las técnicas de cepillado se realizó a través de prácticas vivenciales con manipulación pasiva o activa.

En la manipulación pasiva puse mis manos sobre las del niño, mientras él hacía los movimientos. En la manipulación activa se toma la mano del escolar y él mismo con nuestra ayuda realizó los movimientos de la técnica sobre sus propios dientes.

En relación a la alimentación adecuada para la prevención de caries, la actividad se desarrolló en el comedor de la escuela, en donde se organizaron equipos de niños con disposición de alimentos en las mesas y se identificaron alimentos sanos o dañinos para la salud bucal. La experiencia fue exitosa y la interacción del grupo enriqueció el aprendizaje.

Examen bucal

Se realizó una exploración bucal a todos los niños para observar la presencia de caries dental y las condiciones de higiene bucal. Los niños que presentaron caries dental fueron remitidos al servicio integral que proporciona la clínica multidisciplinaria Estado de México de la FES Zaragoza.

Se realizó un examen bucal para obtener los índices de caries dental y para evaluar el acúmulo de biopelícula con el propósito de que, en caso necesario, remitir a los niños para su atención a la Clínica Estado de México de la FES Zaragoza. No se realizó estandarización de la examinadora.²⁰⁻²¹

Los exámenes bucales se realizaron en el plantel escolar en un salón con buena iluminación natural. La exploración se realizó con los niños acostados en una mesa de trabajo o con los niños sentados en la silla de ruedas. Se utilizó espejo bucal plano y explorador del número 5. Los datos se registraron en cédulas individuales.

RECURSOS

Infraestructura del centro

El Centro cuenta con cuatro aulas escolares para nivel primaria; aula de nivel preescolar; aula de maternal; área de estimulación temprana; área de rehabilitación; *biblioteca con ejemplares encuadernados en braille*; sala de cómputo; un taller; comedor; chapoteadero; área de hortaliza y granja didáctica; oficina administrativa, sanitarios y caseta de vigilancia. El centro funciona en un horario: lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas.

Recursos Humanos:

-El programa se realizó con la participación de una estudiante del segundo año de la Especialización como responsable del programa.

Recursos materiales y financieros

Los recursos materiales fueron financiados por la responsable del programa y fueron los siguientes:

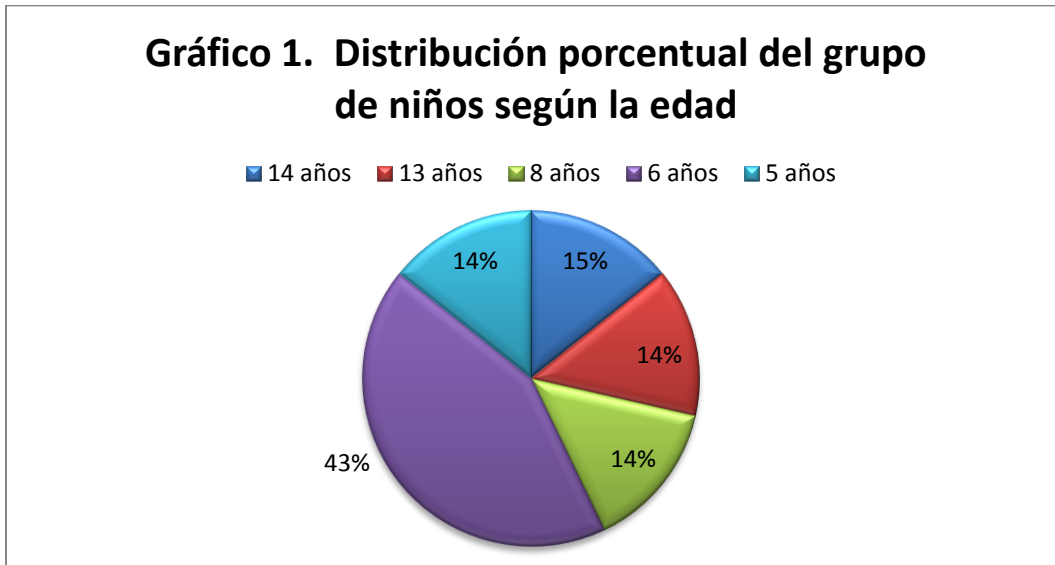
Equipo y material	10 Equipos básicos	\$ 80.00	\$ 1.415.00
	50 Vasos desechables	\$ 25.00	
	30 Abatelenguas	\$ 5.00	
	50 Pastillas reveladoras	\$ 100.00	
	1 Paquete algodón	\$ 60.00	
	1 Caja guantes de exploración	\$ 85.00	
	25 Cubre bocas	\$ 25.00	
	10 Bolsas para desechos	\$ 20.00	
	50 Cepillos dentales	\$ 10.00	
	25 Bolsas para esterilizar	\$ 2.50	
Material didáctico	Rotafolio, imágenes, macrodientes, tipodontos, cepillos dentales de demostración. Alimentos muestra: Manzanas, zanahorias, plátanos, dulces, cereales, semillas, refrescos		\$ 437.00
Equipo de apoyo electrónico.	Computadora	\$8,000.00	\$12,400.00
	Impresora	\$1,200.00	
	Teléfono celular:	\$ 800.00	
	Cámara fotográfica	\$1,600.00	
	Grabadora de voz	\$ 800.00	
Papelería	500 Hojas carta 0	\$ 50.00	\$126.00
	1 Lápiz	\$ 2.50	
	1 Bicolor	\$ 3.50	
	1 Bolígrafo	\$ 4.00	
	1 Goma	\$ 3.00	
	1 Sacapuntas	\$ 3.00	
	100 Grapas	\$ 17.00	
	1 Engrapadora	\$ 25.00	
	3 Folders	\$ 6.00	
	1 Cuaderno	\$ 12.00	
		TOTAL	\$ 14,378.00

Cronograma:

Actividades	Agosto 2010	Septiembre 2010	Octubre 2010	Noviembre 2010	Diciembre 2010	Enero 2011	Febrero 2011	Marzo 2011
Presentación del proyecto a las autoridades correspondientes, trámites oficiales de permisos y autorización ante las instituciones.	16-30							
Investigación bibliográfica, observación de campo y Exposición sobre la propuesta de realización del programa al personal, cuidadores y alumnos del centro sobre el proyecto.		5-27						
Diagnóstico de salud del alumnado.			4-29					
Exposición de contenidos temáticos educo-preventivas a alumnos y profesores.				7-29				
Actividades educo-preventivas a cuidadores.					1-17			
Entrevistas guiadas a cuidadores.					1-17dic.	10-31		
Procesamiento de la información recabada.							6-28	6-31.

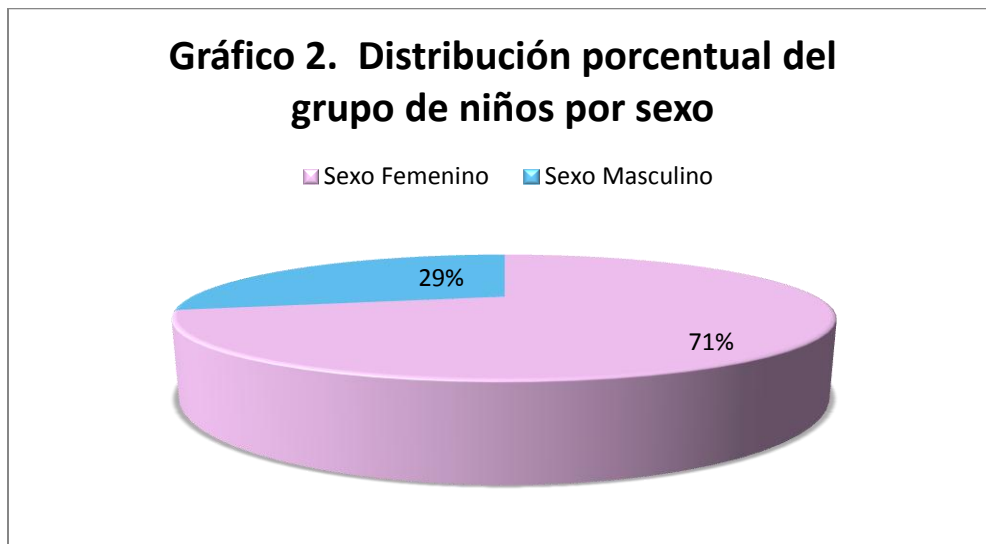
RESULTADOS

La distribución de los alumnos según la edad se presenta en el gráfico 1, en donde se observa que el 43% pertenece a la edad de 6 años siendo éste el de mayor presencia. El 57% restante se distribuye en forma similar entre las edades de 5, 8, 13 y 14 años.



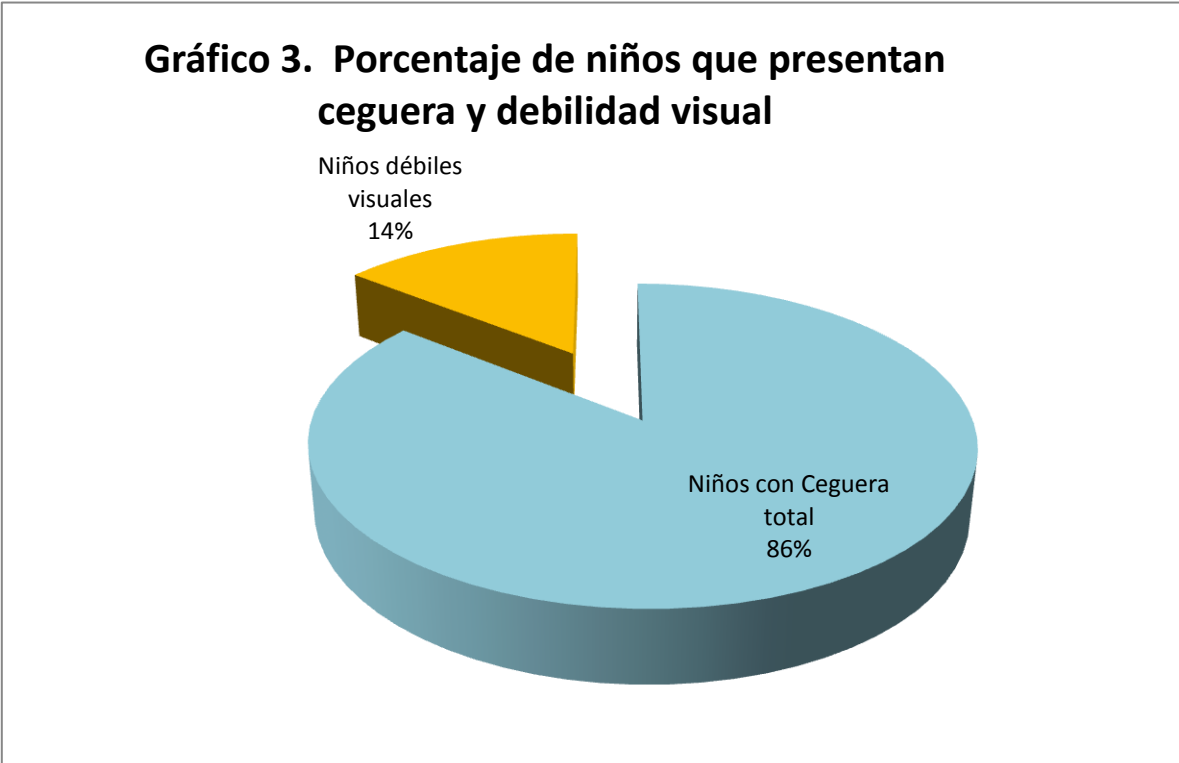
Fuente: Formato de registro de datos individuales del Centro.

El gráfico 2 muestra que el mayor porcentaje 71% es para el grupo femenino en relación al masculino.



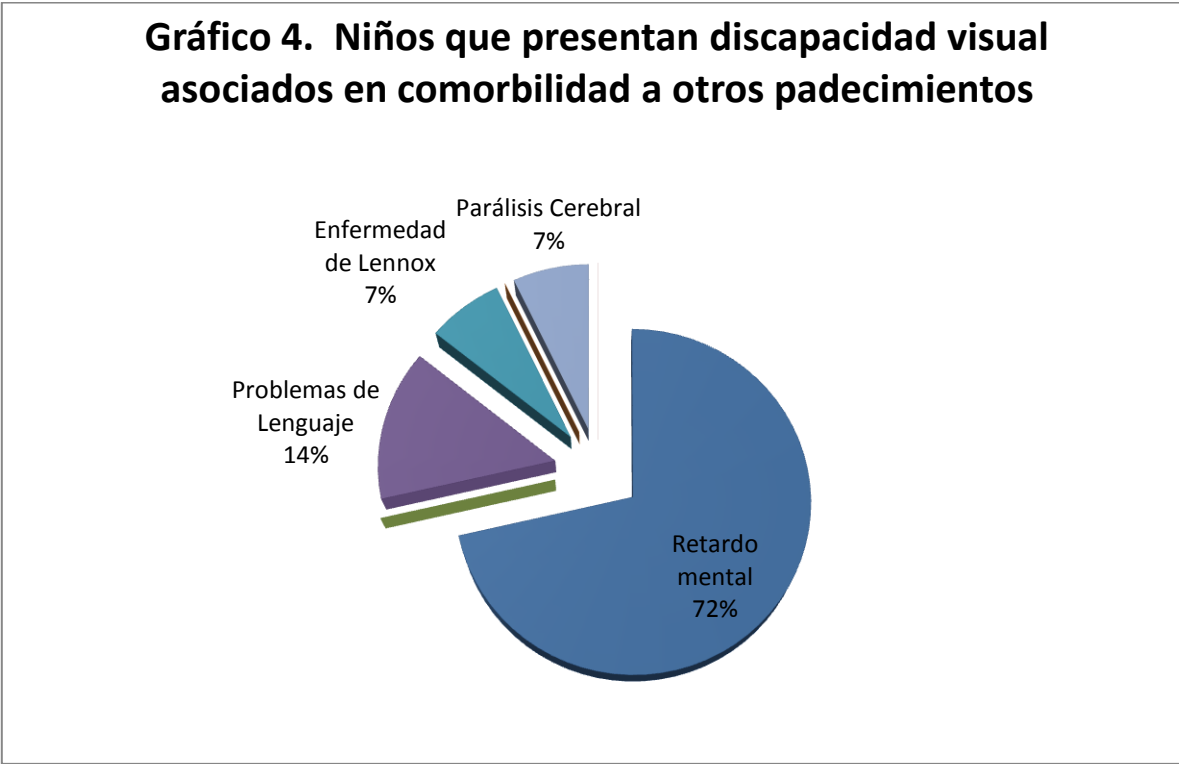
Fuente: Formato de registro de datos individuales del Centro.

En su gran mayoría los niños nacieron de manera prematura y debido a ello padecen la retinopatía del prematuro. La distribución de la discapacidad visual según el gráfico 3 se presentó en un 86% para la ceguera y el 14% restante para los casos identificados como débiles visuales.



Fuente: Registro de datos individuales.

La presencia de comorbilidad existente con respecto a la discapacidad visual que presentaron los niños se muestra en el gráfico 4. En primer lugar con el mayor porcentaje 72% se combinan la discapacidad visual con el retardo mental, con un 14% se presentan los problemas de lenguaje y con el 7% se unen a la discapacidad visual la enfermedad de Lennox y la parálisis cerebral.



Fuente: registro de datos individuales.

El examen bucal realizado a los alumnos mostró que todos los niños presentaban placa dentobacteriana. De los 14 niños atendidos nueve presentaron experiencia de caries, en donde el CPOD fue desde 0 hasta 12 órganos dentarios afectados y el ceo desde 0 hasta 20 órganos dentarios.

Como reporta Quijano (1997) los problemas bucales son frecuentes en los niños con discapacidad debido a los problemas con la dieta, la higiene bucal, la alimentación prolongada con biberón y los efectos adversos que producen algunos medicamentos como son los anticonvulsivos. Los problemas de habilidades cognitivas, movilidad, neuromuscular, babeo, atragantamiento, problemas para la deglución, movimientos corporales no controlados y reflujo gastroesofágico presentan complicaciones para el cuidado bucal y aumentan los riesgos de enfermar.

En el cuadro 1 se observa que la mayoría de los casos con índices de caries muy altos presentan comorbilidad con parálisis cerebral, retardo mental o enfermedad de Lennox. Asimismo se presenta índices de placa en todos los casos, principalmente de nivel cuestionable. Existe solamente un caso en el que el índice ceo muestra 20 órganos dentales afectados por caries y el niño no presenta comorbilidad con otros padecimientos.

Cuadro 1. Casos de Ceguera o Debilidad Visual en comorbilidad con otras patologías y con los índices de caries dental e higiene bucal.

Caso	Edad años	Sexo	Morbilidad	Comorbilidad	ceo	CPOD	Índice de Placa O'Leary
1	5	Femenino	Ceguera	Retardo mental	0	-	Cuestionable
2	5	Femenino	Débil visual	Parálisis cerebral / problemas de lenguaje	20	-	Deficiente
3	6	Femenino	Ceguera	-----	0	0	Cuestionable
4	6	Femenino	Ceguera	-----	20	0	Deficiente
5	6	Femenino	Ceguera	Retardo mental	10	0	Cuestionable
6	6	Femenino	Ceguera	Retardo mental	0	0	Cuestionable
7	6	Masculino	Ceguera	Retardo mental	10	0	Cuestionable
8	6	Masculino	Débil visual	Retardo mental	0	0	Cuestionable
9	8	Masculino	Ceguera	Enf. Lennox	11	4	Cuestionable
10	8	Femenino	Débil visual	Retardo mental	9	0	Cuestionable
11	13	Masculino	Débil visual	Retardo mental / problemas de lenguaje	0	10	Deficiente
12	13	Femenino	Ceguera	Retardo mental	0	11	Cuestionable
13	14	Femenino	Ceguera	-----	0	0	Cuestionable
14	14	Femenino	Ceguera	Retardo mental	0	12	Cuestionable

Fuente: Registro de datos individuales.

Remisión de los casos a la Clínica Estado de México de la FES Zaragoza

Los 14 escolares que participaron en el programa fueron remitidos a la Clínica Multidisciplinaria Estado de México de la FES Zaragoza para tratamiento integral; sin embargo, según información de los cuidadores, algunos niños fueron tratados en servicios particulares y otros en el Instituto Mexicano del Seguro Social. De los niños que acudieron a la Clínica Estado de México se observó que solamente acudieron 3 casos para tratamiento dental.

Caso 9. La remisión de un niño de 8 años de edad que presentaba múltiples lesiones dentales y los padres manifestaron que si el tratamiento era costoso, y solo atenderían lo más urgente y de manera paulatina irían tratando a su hijo durante un año. Finalmente se dio continuidad a los procedimientos clínicos incluido la colocación de mantenedores de espacio y el tratamiento dental se concluyó satisfactoriamente.

Caso 2. La remisión de una niña de 5 años que fue atendida pero no terminó su tratamiento porque la madre de la niña manifestaba que no tenía los recursos económicos suficientes para el tratamiento completo y solo se atendió lo que la niña manifestaba con dolor.

Caso 4. La remisión de una niña de 6 años la cual acudió a la clínica. La madre manifestó que su hija necesitaba atención dental, porque constantemente manifestaba dolor y solo la llevaba al centro de salud cuando el dolor era fuerte. Los odontólogos tratantes la recetaban pero no regresaba a atención porque no tenía el recurso económico para que atendieran a la niña. Este caso en particular era uno de los más severos por que la niña padecía múltiples lesiones dentales de tercer grado. Tomando en cuenta lo anterior se pudo conseguir apoyo en la clínica para su tratamiento dental con los profesores y alumnos de segundo año de la carrera de cirujano dentista. Desafortunadamente la madre no concluyó el tratamiento de su hija porque no tenía tiempo de llevarla a las citas programadas, debido a que en su trabajo no conseguía el permiso necesario para llevar a la niña.

Postura de profesores del centro ante los casos de remisión:

Los profesores en las aulas manifestaban los casos de niños que referían dolor dental y que incluso en la hora del desayuno no consumían sus alimentos por este hecho. Las profesoras decían que ellas comentaban a los padres de familia acerca de la urgencia de atención, pero en la gran mayoría de los casos no podían pagar los tratamientos por ser un grupo de personas de escasos recursos económicos. También se mencionó que en el centro de salud no se les atendía por su condición de ceguera, pues los odontólogos manifestaban no tener las condiciones adecuadas dentro de los consultorios para atender a los niños con necesidades especiales. Al escuchar que se les remitiría a la Clínica Estado de México, las profesoras manifestaron entusiasmo y recomendaron también a los cuidadores que llevaran a sus hijos a la atención dental.

Postura de los Cuidadores ante la remisión:

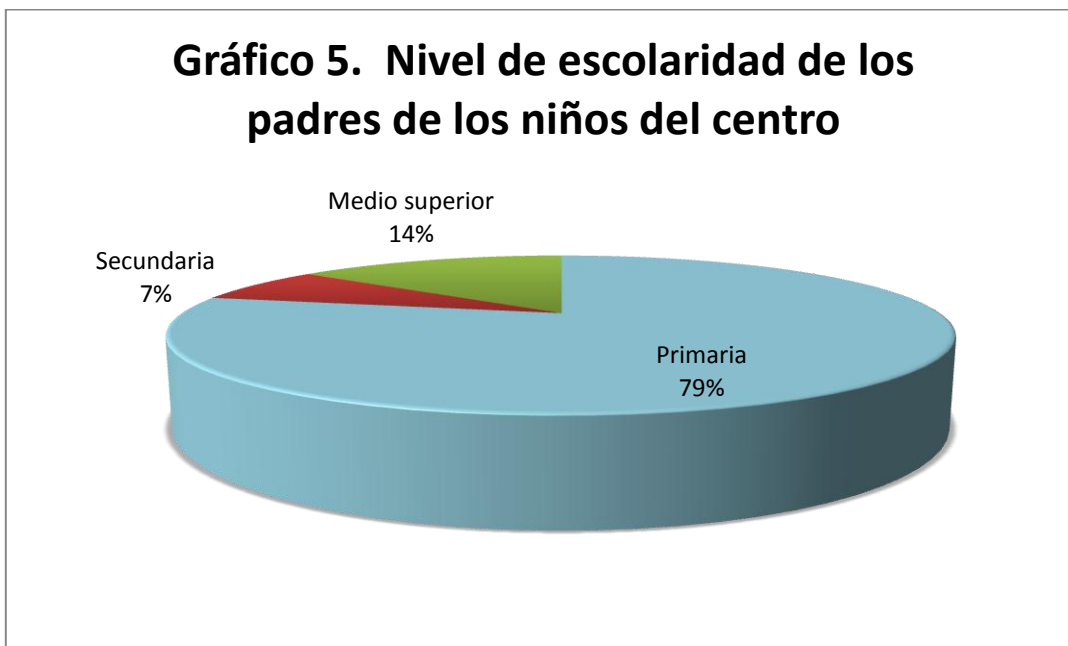
Dentro del desarrollo del programa se invitó a los cuidadores de los 14 niños del centro a la atención dental de sus hijos, en los horarios y días establecidos por la Clínica Multidisciplinaria Estado de México; pero algunos padres como ya lo habían manifestado las profesoras decían no contar con el recurso económico para la atención de su hijo. Otros decían que ya los llevaban a un consultorio particular y algunos otros mencionaron que tenían seguro social y que llevarían a sus hijos para su atención. Otros cuidadores refirieron no tener tiempo por que trabajaban y que buscarían otra opción para la atención dental de sus hijos. En algunos casos los cuidadores de los niños mencionaron que comentarían con el padre o madre del menor acerca de la necesidad de llevar a los niños al tratamiento.

En los casos en que se pudo dar seguimiento a la remisión, se observó de manera general, que los niños ya no tenían dolor después de ser atendidos en la clínica por que trataron primero las urgencias. También manifestaron que los profesores de la Clínica de Odontología siempre estuvieron pendientes de la atención de sus hijos en cada cita.

Escolaridad, ocupación de los padres y escenario doméstico

Los resultados de la entrevista aplicada a los cuidadores para obtener información relacionada con las características sobre los padres respecto al nivel de escolaridad, tipo de ocupación y propiedad de la casa habitación mostraron los siguientes datos:

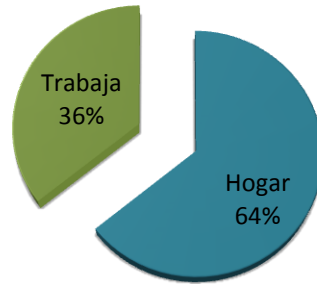
En el gráfico 5 se muestra que el nivel de escolaridad de los padres más frecuente es el de primaria con el 79% y el grado medio superior con el 14%.



Fuente: registro de datos individuales.

En relación a la ocupación que desempeñan los padres de los niños con discapacidad visual, en el gráfico 6 se observa que el porcentaje mayor 64% están dedicados a la atención del hogar, mientras que el 36% trabaja fuera de éste.

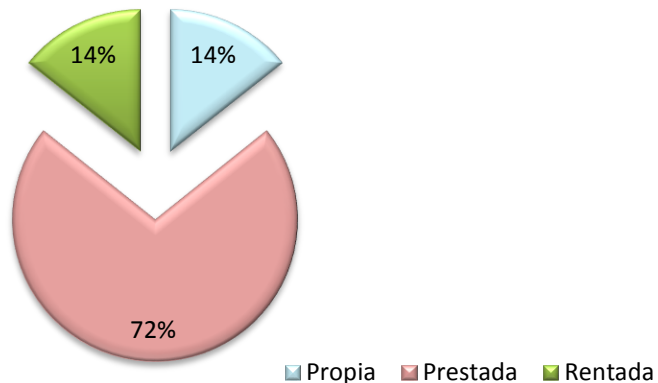
Gráfico 6. Ocupación de los padres de los niños del grupo de estudio



Fuente: Registro de datos individuales.

En el gráfico 7 el registro de las condiciones de la casa habitación de los cuidadores primarios muestra que el 72% habita en una casa prestada, mientras que un porcentaje del 14% pertenece a casa propia o rentada.

Gráfico 7. Condiciones del escenario doméstico de los niños



Fuente: Registro de datos individuales.

Los datos anteriores muestran la probable falta de oportunidad de los padres de ofrecer a sus hijos la atención que necesitan. Además el apoyo que reciben del gobierno como es el caso del Centro de Desarrollo Comunitario es insuficiente, tanto para su desarrollo intelectual y de habilidades y destrezas, como para su desarrollo físico, la atención de sus enfermedades y el mantenimiento de la salud.

Las voces infantiles en torno al programa educativo preventivo

Los testimonios examinan la experiencia al interior de los casos en donde se muestra el interés y el desempeño de los niños en las actividades del Programa Educativo Preventivo. A continuación se presentan dos de los casos más representativos:

CASO 4. Al instruir en la técnica de cepillado a una niña llamada Kelly quien contaba con 6 años de edad y presentaba Ceguera Congénita; se le preguntó si conocía el cepillo dental y ella respondió que no, que no sabía que era ni para que servía. Se le ofreció un cepillo y de inmediato ella lo tomó, lo tocó, dio vuelta, golpeó en la mesa de trabajo para ver si generaba algún sonido y desplazaba sus dedos sobre todo el cepillo. En ese momento se le explicó el uso del cepillo dental y sus beneficios, a lo que ella expresó después:

“es que me duelen mis dientes... tal vez es porque no los lavo nunca, se me habían hecho hoyitos y unas bolitas por eso, (Kelly, 5 años)”

Mi respuesta aludía a que era verdad lo que me decía reforzando la plática que anteriormente habíamos tenido sobre la caries dental y le ofrecí que hablaría con su mamá para que la llevara al dentista a curarla. Después se le explicó nuevamente cómo tenía que lavarse los dientes y guiándola con mis manos sobre las de ella realizamos la técnica. Después le solicité repetirlo, ella tenía que hacerlo sola para ver si me había entendido o le volvía a explicar. Al término de la explicación se dieron indicaciones sobre el enjuague con agua y uso de pasta dental; en ese momento la niña intervino, en sus palabras: ***“en mi casa no tenemos cepillos dentales ni pasta dental, “nadie ni mis hermanitos, ni mis papas”***. Le expliqué que era importante que en casa se lavara con el cepillo dental aunque no tuviera pasta dental, ella dijo lo haré ***“sí lo haré ¿me lo regala?”*** a lo que respondí **por supuesto es tuyo.**

Una semana después regrese al salón de Kelly para llevar a cabo la misma actividad con los niños restantes y luego de saludarlos a todos Kelly levanto la voz más que todos sus compañeros y expresó, que ella había enseñado a sus hermanitos a cepillarse los dientes y que lo habían hecho con su cepillo dental después de comer. La felicite por enseñarles a sus hermanos a lavarse los dientes y le pregunte si les había enseñado con el cepillo dental que le regalé, ella dijo ***“sí porque nadie tiene cepillo sólo yo”***. Le mencioné que el cepillo dental es personal, que cada persona debe tener su propio cepillo para evitar contagios sobre otras enfermedades, Kelly contestó ***“ya sé doctora regáleme uno para cada uno de mis hermanitos y uno para mi mamá y otro para mi papá ellos tampoco tienen”*** la respuesta ante esta petición fue claro que sí, pero tú debes explicarles además de cómo lavarse los dientes que cada quien debe cuidar y usar su propio cepillo dental: ***“si lo haré, ponga los cepillos en mi mochila para que no se me olviden es la que está colgada allá donde están todas y es de color rosa con verde por favor”***.

Además de la petición de Kelly, se colocó un citatorio a su *mamá* para tratar este acontecimiento y la importancia de que acudiera con la niña a la Clínica Multidisciplinaria Estado de México para atender su condición dental.

Lo más relevante de esta acción es que generó en Kelly un promotor de salud bucal al interior de su escenario doméstico, generando conocimiento sobre la salud bucal en ella y su familia. La educación para la salud promueve que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los problemas de salud de manera consciente y responsable.

Caso 13: Una niña de 14 años con ceguera congénita llamada Lupita, al explicarle la técnica de cepillado de manera guiada mencionó que ella se lavaba los dientes de diferente manera a como yo le había enseñado, pero que cambiaría a la forma que le enseñé porque quería tener dientes limpios y bonitos porque todos le decían que sus dientes eran muy bonitos, situación que yo confirme.

En esa ocasión ella estaba atenta a todo lo que oía con respecto a sus compañeros de clase al momento en que pasaban conmigo a la explicación de la técnica y les decía cada vez que escuchaba que no querían tomar el cepillo, o no querían hacer la técnica de cepillado, ella expresaba: **“cálmate, tranquilo (a) sólo te enseñaran a cepillarte los dientes es para que tengas los dientes limpios y no te huela la boca y se te caigan los dientes”** de alguna manera funcionaba este hecho por parte de Lupita porque al identificarla como líder de su grupo y su compañera, los niños aceptaban de manera más fácil el acercamiento y las indicaciones .

Una semana después la madre de Lupita se acercó y me preguntó sobre el estado bucal de la niña, explicando así su condición a la madre. La señora mencionó que en su casa, Lupita había llegado con un cepillo dental nuevo y que tiró el que tenía porque tenía mucho tiempo de uso. Ella les dijo a sus hermanitos más pequeños que tenían que lavarse los dientes después de comer y les enseñó cómo hacerlo.

La mamá mostró una actitud muy positiva ante este hecho y ante la posibilidad de que en el salón de clase se le enseñara la técnica de cepillado, en sus palabras:

“Lupita me ayuda en todo y la tratamos como una niña normal, ella me ayuda a cuidar a sus hermanitos porque es la mayor, les da de comer, los cambia y los asea porque yo trabajo, es una niña muy inteligente, (Madre de Lupita)”.

En ese momento agradecí su comentario y reforcé las acciones de la niña con respecto a sus hermanitos. Asimismo se le invitó a promover el cuidado a la salud con todos sus hijos.

En forma general se observó que los niños que tenían más atención en casa y cuyos cuidadores participaban de las acciones del programa, se veían reflejados en la salud integral del niño.

Profesores y cuidadores

El director del centro siempre se mostró dispuesto ante la ejecución del programa. Proporcionó los espacios para realizar las reuniones correspondientes, reiterando a toda la población la importancia de esta oportunidad de capacitación.

La información sobre el trabajo que se desarrolló fue mostrada a distintas instancias del sector político del municipio en diferentes eventos, con la intención de evidenciar y destacar los beneficios que ofrece el centro comunitario. Los eventos fueron organizados con motivo de conmemorar los días más emblemáticos para la comunidad invidente, como **EL DÍA MUNDIAL DE LA VISIÓN (8 de octubre)**[&] donde se enfatizó la participación de la UNAM en colaboración con el personal a cargo de la atención estomatológica de la Clínica a donde fueron remitidos los niños para recibir tratamiento odontológico.

El director acentuaba su interés por el programa cuando tenía la oportunidad de observar las actividades en el salón de clases; se acercaba a preguntar sobre los niños atendidos y en sus palabras expresa:

...estoy encantado de que haya participación por parte de una odontóloga en programas de salud bucal, yo había escuchado a muchas madres de familia decir que llevaban a sus hijos a la atención dental al centro de salud, o bien a algún consultorio particular y no se les atendía porque decían, que ellos no tenían elementos especiales en su consultorio para la atención de estos niños,...

...muchas personas sienten miedo de abordar o atender a las personas con discapacidad. A lo largo de seis años como director del centro me he dado cuenta de este hecho,...

Las profesoras que participaron al inicio del programa^{*}, nos expusieron una serie de pormenores acerca del escenario donde los niños se desarrollaban y sobre su

[&]La celebración *del Día Mundial de la Visión* suele convertirse en el escaparate periodístico y político del que hechan mano las autoridades para ventilar una suerte de logros, que no escatima recurso alguno para exponerse, revelando como resultados muchos elementos que en ese momento pueden encontrarse en la fase de planeación o de plan de trabajo, y en otras hasta bosquejos de ideas a futuro, sin embargo las ganancias secundarias de estos fenómenos al interior de las arenas institucionales con participación política, tienen otros propósitos por demás alejados del interés real y auténtico por los niños, para esta puesta en escena desde luego se solicita la presencia y participación de todos los integrantes de la comunidad del centro.

^{*} Es importante señalar que las profesoras tienen incluidas en sus funciones, la responsabilidad de atender en la terapia de rehabilitación a otras personas usuarias del centro, dentro del mismo horario como docentes, situación que se considera aún más valiosa para su participación, durante este tiempos los niños eran atendidos por los auxiliares asistentes de cada grupo.

cotidianidad. Ellas expresaron su entusiasmo por la puesta en marcha del programa, ya que no se había realizado antes ninguna experiencia en la escuela con el propósito de mejorar la salud dental del alumnado, ni por parte del sector salud, ni por medio de la Secretaría de Educación Pública, ni tampoco alguna participación con los padres de familia al interior del centro.

En cada sesión, las profesoras estuvieron pendientes respecto de las actividades que se realizaban con cada niño. Su participación fue de gran ayuda porque aportaron los datos acerca de la condición física, mental y académica ^{de los escolares+}.

Durante el curso, las profesoras mostraron interés acerca de los signos y síntomas dentales que observaron en algunos niños, como parte del entrenamiento para el análisis de cada caso.

Los resultados muestran que el Programa de Atención Estomatológica cumplió con los objetivos propuestos. Una de las aportaciones más importantes fue la articulación de todos los actores involucrados durante la capacitación que mostró el empeño y paciencia vertidos por la responsable del programa. Estos resultados dan cuenta de los cambios de actitud favorables hacia la salud ocurrida en los niños, profesores, cuidadores y padres de familia, debido a la oportunidad de resignificar la identidad corporal y socio afectivo de los niños.

Limitaciones del trabajo

- Aunque se integraron a las actividades todos los niños del grupo de trabajo, con algunos no se lograron los objetivos del programa. La principal limitación se debió a la complejidad de su condición de comorbilidad con la Ceguera. Se observó que los niños con discapacidad visual por lo general son pasivos, se niegan a desplazarse, rechazan toda actividad que implique movimiento y prefieren la seguridad de un espacio limitado; por lo que se dificultaban las actividades del programa.
- En diversos casos se presentó falta de asistencia sistemática que interrumpía la secuencia del entrenamiento; sin embargo, con los que acudían de manera continua y su estado de salud lo permitía se logró la comprensión y aprendizaje activo sobre los temas del curso. Otros niños dejaron de ser parte de la matrícula del centro comunitario porque se cambiaron de institución.
- En relación a los profesores, continuamente los cambiaban de adscripción, por diferentes circunstancias y con algunos de ellos no se llevó de manera continua el programa.

* La revisión de los expedientes de cada niño, revelo que no se encuentran requisitados todos los datos en el historial clínico en el momento de su registro, para la mayoría de los casos, por lo que los testimonios de las profesoras han sido fundamentales para construir la etnografía de cada caso.

- Las diferentes problemáticas de índole política, institucional y de orden municipal provocaron cambios de asignación del profesorado en cuatro ocasiones durante el año escolar. Esta circunstancia tuvo repercusión en el programa generando discontinuidad y descontexto en cada nuevo grupo de docentes.
- A pesar de que el director les había informado del programa, los profesores recién llegados argumentaban no contar con tiempo dentro de sus actividades académicas programadas para abrir espacios que les permitieran su contribución. Esta condición **obstaculizaba** las actividades del programa en cuanto al acceso al plantel, los tiempos de trabajo y el acceso a los espacios físicos, que afectaron el logro de los objetivos y alcances propuestos. El constante cambio de profesorado ocasionó que algunos niños ya no acudieran a clase y se perdió así la continuidad en el programa.
- La evidencia que este ejercicio ha mostrado es que como ha sido señalado por los autores referidos con antelación, la empatía y sensibilización de cada persona que se introduce al mundo del niño invidente, requiere de un tiempo y toda una serie de capacidades y habilidades docentes para construir un eje de comunicación único e irrepetible para cada caso, por lo que los niveles de interrupción sistemática a que se vio enfrentada esta comunidad, también irrumpe en la comunicación y manejo de padres y cuidadores. El abandono de los niños sugiere desmotivación y evidencia de los fenómenos que esta comunidad enfrenta desde su más incipiente crianza, sería inimaginable observar un fenómeno como éste en una escuela primaria pública, donde la SEP mantiene niveles de rigurosidad y vigilancia sobre la matrícula y profesorado de comunidades infantiles funcionales.
- En relación a los padres y cuidadores de los niños, en algunos casos la respuesta no fue positiva; no quisieron participar por diferentes razones, por ejemplo falta de tiempo porque trabajaban y no podían acudir, falta de interés y porque suspendieron la asistencia del niño al plantel.

CONCLUSIONES

- Los alcances que tuvieron los niños con relación al entrenamiento para los cuidados de su salud bucal, dependieron de sus capacidades físicas y cognitivas, para la comprensión de la información y la aplicación de las medidas preventivas. A pesar de la dificultad de las condiciones en las que se desarrolló el trabajo, el resultado del programa cumplió con sus objetivos.
- Se lograron cambios de actitud favorables hacia la salud. Los niños con posibilidades físicas y mentales lograron cepillar sus dientes sin ayuda de otra persona. Otros niños lograron cepillar sus dientes con ayuda y algunos que se rehusaban a recibir el cepillado dental proporcionado por el cuidador, posteriormente al programa accedieron gracias a la comprensión de los temas revisados.
- De manera importante este trabajo aportó el diseño y desarrollo de estrategias didácticas para la atención personalizada a los niños con discapacidad visual asociada a su particular comorbilidad. Estas estrategias ahora forman parte del acervo de la Especialidad.
- Los cambios en Kelly y Lupita las convierten en promotoras de salud al interior de los grupos humanos a donde pertenecen y en los que ellas conviven más, transformándose en actrices de salud activas, propositivas y con un papel de líderes que en adelante revelarán sin duda alguna muchos otros logros. Estos cambios superan la estigmatización de las personas con limitaciones y discapacidad.
- El desempeño de los profesores y de los cuidadores que participaron en el programa de educación para la salud bucal fue eficiente y se obtuvo una buena respuesta. Aprendieron a entender la salud como un proceso que va más allá de la ausencia de enfermedades, que no está limitado a la función biológica y que tiene que ver con factores sociales. Se logró interesar sobre los temas y su importancia para el cuidado y desarrollo de los niños. La participación de profesores y cuidadores fue dinámica y activa en las tareas asignadas.
- El diagnóstico de salud bucal mostró que nueve de los catorce niños tenían valores altos de prevalencia de caries dental y calidad de higiene oral. Al final del programa todos los niños practicaban el cepillado dental. Los profesores, cuidadores y padres de familia habían desarrollado la conciencia del beneficio de la prevención y el cuidado de la salud, con el hecho de procurar la higiene bucal de los niños y la remisión para la atención clínica.

RECOMENDACIONES

La desinformación resulta especialmente crítica cuando se trata de poblaciones infantiles con discapacidad visual, por cuanto estas situaciones de la vida están ocurriendo alrededor de procesos individuales, familiares y sociales complejos y donde se exacerban los riesgos de enfermar. Las estrategias de atención deben diferenciarse para llevar a cabo las acciones pertinentes, considero que este grupo necesita información y educación en la salud en general, pero además necesitan tener el interés para lograr un verdadero cambio y mejorar la calidad de vida.

Dado que el diagnóstico de salud mostró elevados índices de caries dental y placa dentobacteriana es importante analizar las estrategias de educación para la salud bucal en las instituciones de educación especial. Los cuidadores y los maestros son mediadores ideales del saber estomatológico orientado hacia la prevención.

Los estudios epidemiológicos han demostrado cómo la promoción y la protección específica contribuyen a la prevención de la enfermedad. La educación en salud oral dirigida a los niños con discapacidad visual debe hacer énfasis en los medios didácticos en donde se aprovechen las capacidades sensoriales específicas a cada caso como son las habilidades auditivas, táctiles, olfativas, gustativas y habilidades motoras; utilizar todo lo que el niño tenga a su alcance para estimular todas las áreas y contribuir al mejoramiento de su salud.

El hecho de trabajar con el individuo de manera personalizada conlleva a replantear las estrategias didácticas convencionales, el grado de dependencia de los niños con discapacidad y la necesidad de fomentar la autonomía, requiere de que los cuidadores, maestros y odontólogos incorporen la educación para la salud bucal como práctica cotidiana; por lo que es necesario planificar las etapas del proceso educativo en salud específicas para los niños con discapacidad visual.

La experiencia desarrollada me permitió tomar consciencia de que en nuestro país existen necesidades de atención y educación para la salud bucal en grupos completamente desprotegidos y que requieren del trabajo profesional como es el caso de los niños con discapacidad visual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Quijano V, Otalvaro M, Muñoz GN. Estudio epidemiológico de la caries dental y situación de la higiene oral en los ciegos del I.N.C.I. FOC.1994; p. 100-105.
- 2.- Hernando L , Zanotti A, Evjanián G, Visvisián C. Diseño y Elaboración de Herramientas de Apoyo Educativo en Salud Bucal Destinadas a Personas con Discapacidad Visual.2011; [11].Disponible en:
http://hosting.udlap.mx/sitios/unionlat.extension/memorias2009/trabajos/universidad_sociedad/diseño_y_elaboración_de_herramientas_de_apoyo_educativo_en_s.pdf Consultado Septiembre 6 , 2011.
- 3.-Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Consultado el 2 de septiembre 2010. Disponible en:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf Consultado Septiembre 2, 2010
- 4.- Mon F._Algunas Definiciones En torno al Concepto de Discapacidad Visual. Rev El Cisne [Serreada en Línea].1998;16(3)[5páginas].Disponible en:
www.juntadeandalucia.es/.../interedvisual/.../fm_alg_definiciones_dvisual.doc Consultado en Octubre 8, 2010.
- 5.- Discapacidad visual. Educación especial. Niños con discapacidad. Ceguera infantil. Invidente. Desarrollo. Sintomatología. Etiología.1998; [11 páginas]. Disponible en:
http://html.rincondelvago.com/ceguera_1.html Consultado Octubre 6, 2012.
- 6.-Hormigo A, Tallis J.Retraso Mental en Niños Y Adolescentes. Buenos Aires. Ediciones Novedades Educativas; 2006. P.7-57.
- 7.- De las Heras Etiopatogenia del Retraso Mental.Rev.Complutense de Educación [seriada en línea]1993;4(2):53-65.Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=150125> Consultado Octubre 14, 2010.
- 8.- Walter E. Los Trastornos de Lenguaje en niños con Deficiencias Visuales. Logop Foniatr Audiol 1987 Abril 12 1987; 7(1):37-47.
- 9.- Batlles S, Bialsa A,Retraso. Mental en Niños y Adolescentes. [12 páginas].Disponible en: www.familianova-schola.com/.../retraso-mental-infancia-adolescencia. Consultado Octubre 14, 2010.
10. Harris, S. Intervención temprana en los niños con incapacidades del sistema motor .México: El Manual Moderno; 1987.p.56-225
- 11.- Checa BF, Marcos RM, Martín AP, Núñez BM, Vallés AA, Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual; ONCE 1999; 1: 3-8.
- 12.- Serra A. Retinopatía del Prematuro.1999; [5 páginas].Disponible en:
<http://www.se-neonatal.es/Portals/0/ROP.pdf> Consultado Octubre 20, 2010.

- 13.- Bustos M, Ortega C. Cataratas Congénitas.2001 Septiembre 1; 3(4):57-61.
- 14.- Morales M. Patologías Bucodentales y Alteraciones Asociadas Prevalentes en una Población de Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil. Acta Odontológica Venezolana. 2006 Mayo 15; 46 (1): 36-48.
- 15.- Educación para la Salud Bucal en Niños con Discapacidad desde la Realidad.2001; [2 páginas].Disponible en:
<http://fci.uib.es/Servicios/libros/veracruz/nasso/Educacion-para-la-Salud-Bucal-en-Ninos-con.cid210299> Consultado Octubre 8, 2012.
- 16.- Di Nasso P. La Salud Bucal de los niños con Discapacidad.2010; [3 páginas].Disponible en:
<http://books.google.com.mx/books?id=FCVSY1VJKTAC&pg=PA181&lpg=PA181&dq=problemas+de+comunicacion+en+invidentes+fraiberg+1974&source=bl&ots=CbBCwkDE7A&sig=T6mry1THbPV7VgZkmDlwSI-tdU8&hl=es-419&sa=X&ei=DyzAUNKAJaqM2qWY34GwCw&sqj=2&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=problemas%20de%20comunicacion%20en%20invidentes%20fraiberg%201974&f=false> Consultado Noviembre 24, 2012.
- 17.- Di Nasso Análisis de la educación para la Salud bucal en niños con Discapacidad. Un Colectivo Vulnerable, una Propuesta Inclusiva. Rev Odontología y Estomatología [Seriada en Línea].2009; 16(2): [13 páginas]. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1896/1/Analisis-de-la-educacion-para-la-salud-bucal-en-ninos-con-discapacidad-Un-colectivo-vulnerable-una-propuesta-inclusiva-Segunda-parte.htm> Consultado Octubre 12, 2012.
- 18.- Gómez G. Educación para la Salud. Rev Gaceta Dental [Seriada en Línea] 1997; 80 (1) [4 páginas]. Disponible en: <http://www.infomed.es/amudenes/articulo4.pdf>
Consultado septiembre 6, 2010.
- 19.- Mendoza R, López P. Propuesta Didáctica en el Manejo Odontológico de Pacientes Pediátricos con Discapacidad. Revista ADM Visual.2006Septiembre-Octubre; LXIII;(5):195-199. La Salud Bucal de los Niños con Discapacidad.
- 20.- Organización Mundial de la Salud. Encuesta de Salud Bucodental. Métodos Básicos. Cuarta edición. Ginebra; 2001. p 39-46.
21. Murrieta PJ, López RY, Juárez LL, Linares VC, Zurita MV. Índices Epidemiológicos de Morbilidad Bucal. UNAM. 2006:41-52.