



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL
EN NIÑOS DE C.E.P.I 2016.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ALEJANDRO JAVIER SEGURA ESPINOSA

TUTORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



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.

Índice

1.- Introducción.....	3
2.- Antecedentes.....	4
2.1.-Datos estadísticos de las personas con discapacidad.....	7
2.2-La salud en personas con discapacidad	11
2.3- Métodos de remoción de la placa dentobacteriana.....	16
2.4- Programas de educación bucal en niños con discapacidad.....	19
3.- Planteamiento del problema.....	21
4.- Justificación.....	22
5.- Marco Conceptual.....	23
6.- Objetivo de la investigación.....	24
7.- Material y Métodos.....	24
7.1- Tipo de estudio.....	24
7.2.- Población de estudio.....	24
7.3.- Variables que integran el programa de salud bucal.....	25
7.4- Variables que integran la higiene bucal.....	26
7.5- Métodos de recolección de la información.....	26
7.6- Recursos humanos.....	28
7.7- Recursos materiales.....	28
7.8- Recursos financieros.....	29
8.- Consideraciones éticas.....	29
9.- Plan de análisis.....	30

10.- Resultados.....	30
11.- Referencias bibliográficas.....	44
Anexos	50



1. Introducción

Las principales enfermedades consideradas importantes en el ámbito de la epidemiología son la caries, la enfermedad periodontal, las maloclusiones, el cáncer oral, entre otras.

El conocimiento y el entendimiento de estas enfermedades son importantes para el establecimiento de medidas preventivas. La promoción de la salud proporciona los medios necesarios para mejorar la salud de los individuos y ejercer un mayor control sobre las mismas.

La discapacidad condiciona un cambio en el razonamiento, por lo que se necesita de una enseñanza paulatina, además de un equipo de colaboradores (padres y/o tutores, educadores, autoridades) para lograr exitosamente un buen control de las técnicas de higiene bucal.

No es sencillo dominar una adecuada técnica de cepillado y algunos niños con discapacidad no poseen la destreza manual para lograrlo, de ahí la importancia de una educación sistemática encaminada a prevenir estas enfermedades a partir de la implementación de un programa de salud bucal en una escuela activa y participativa que busca que los aprendizajes sean significativos y funcionales, a través de recursos y estrategias terapéuticas. En niños con discapacidad.



2. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud en el 2015, define la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; mientras que, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Dentro de otras definiciones puede encontrarse que la discapacidad es una interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, Trisomía 21 y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

Si bien la discapacidad es un término utilizado universalmente, también lo es que sigue siendo un término muy ambiguo. El cual podría hacer referencia a una anormalidad funcional o estructural en el ámbito corporal; a un problema de actuación o comportamiento en el ámbito personal; o incluso, en el ámbito social al estar en desventaja a causa de problemas funcionales (corporales o personales).

Por ello, para evitar confusiones entre éstos tres ámbitos al referirnos de discapacidad, la CIDDM¹ (Clasificación Internacional del funcionamiento y la discapacidad) de 1980, incluyó los términos de deficiencia (impairment); discapacidad (disability); y minusvalía (handicap). Asimismo se creó el término



de *disablement* como un término que no tiene traducción al castellano pero que involucra los términos anteriores y que podría traducirse como discapacitación.

La discapacidad a su vez puede clasificarse en los siguientes tipos:

- **Discapacidad sensitiva**

Es una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas, limitando su desarrollo personal y social. Está se presenta cuando existen alteraciones en los músculos, huesos, articulaciones o médula espinal, así como por alguna afectación del cerebro en el área motriz impactando en la movilidad de la persona.

- **Discapacidad sensorial**

Es aquella que comprende cualquier tipo de deficiencia visual, auditiva, o ambas, así como de cualquier sentido, y que ocasiona algún problema en la comunicación o el lenguaje (como la ceguera y la sordera), ya sea por disminuciónn grave o pérdida total en uno o másss sentidos.

- **Discapacidad cognitivo – intelectual**

Es aquella caracterizada por una disminución de las funciones mentales superiores tales como la inteligencia, el lenguaje y el aprendizaje, entre otras, así como de las funciones motoras. Esta discapacidad incluye a las personas que presentan dificultades para aprender, realizar algunas actividades de la vida diaria, o en la forma de relacionarse con otras personas. Ejemplo de lo anterior son la trisomía 21 y el autismo.



- **Discapacidad psicosocial**

Se define como aquella que puede derivar de una enfermedad mental y está compuesta por factores bioquímicos y genéticos. No está relacionada con la discapacidad cognitivo-intelectual y puede ser temporal o permanente. Algunos ejemplos son la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, entre otros.

De tal manera que los términos correctos que deben utilizarse al hacer referencia a éste grupo de personas es el siguiente

Cómo se debe decir o escribir	Cómo NO se debe decir o escribir
Persona con discapacidad	Personas con capacidades diferentes o especiales, "discapacitados", "inválidos", "disminuidos"...
Persona con discapacidad motriz	Minusválido, incapaz, impedido...
Persona con discapacidad auditiva	Sordomudo, sordito (y todos los diminutivos)
Persona con discapacidad visual	Invidente, cieguito (y todos los diminutivos)
Persona con discapacidad intelectual	Retrasado mental, mongol, tonto, tarado, deficiente...
Persona con discapacidad psicosocial	Loco, loquito, demente...

Fuente: http://www.cndh.org.mx/Discapacidad_Tipos



2.1 Datos estadísticos de las personas con discapacidad

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la resolución 47/3 adoptada en octubre de 1992, proclamó el 3 de diciembre como el Día Internacional de las Personas con Discapacidad, con el objetivo de llamar la atención y movilizar apoyos para aspectos clave relativos a la inclusión de personas con discapacidad en la sociedad y en el desarrollo (ONU, s/f). Para conmemorar esta fecha, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta un panorama sociodemográfico de este sector de la población, a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 (ENADID 2014).²

La ENADID 2014 captó información sobre las personas con discapacidad usando la metodología del Washington Group on Disability Statistic³ (WG), que se basa en el enfoque de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). De acuerdo con dicha metodología, se definen a dos grupos de población: las personas con discapacidad, quienes presentan mucha dificultad o no pueden hacer actividades básicas, y las personas que tienen dificultades leves o moderadas en la realización de actividades, las cuales se clasifican como personas con limitación, que si bien no tienen discapacidad e incluso algunas de ellas pueden no experimentar restricciones en su participación en actividades como ir de compras, hacer las tareas del hogar, trabajar o ir a la escuela, se les considera en mayor riesgo que la población general de experimentar limitaciones en la realización de tareas específicas (actividades) o restricciones de participación en la sociedad (WG, 2010), debido a la presencia de las dificultades reportadas.

En el 2014, según los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, hay en México cerca de 120 millones de personas. De ellos, casi 7.2 millones reportan tener mucha dificultad o no poder hacer alguna de las

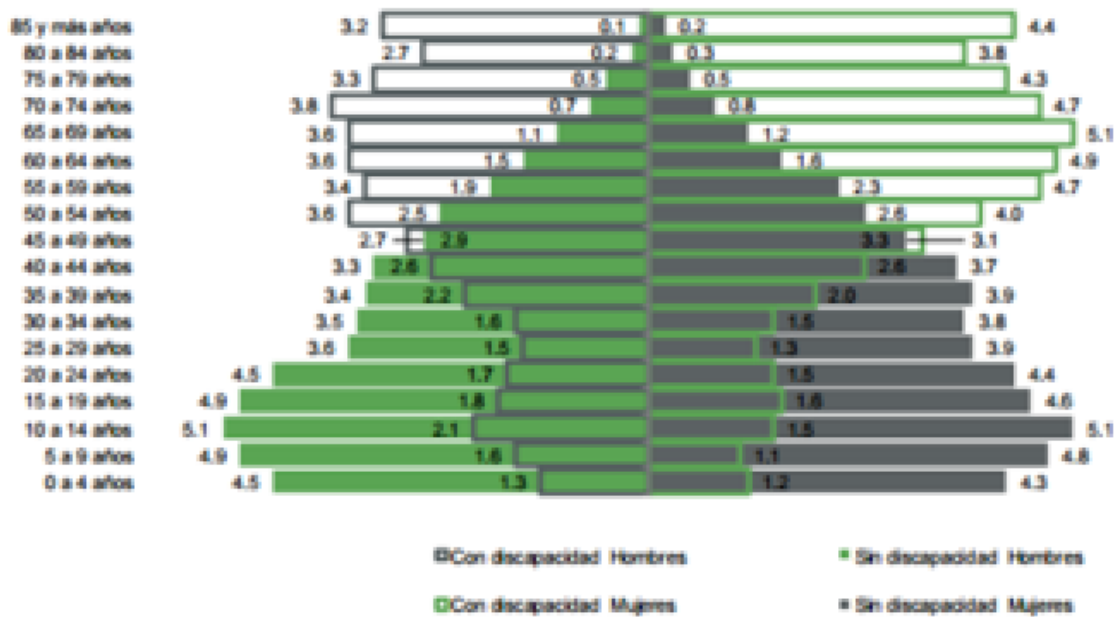


Actividades básicas por las que se indaga (personas con discapacidad), alrededor de 15.9 millones tienen dificultades leves o moderadas para realizar las mismas actividades (personas con limitación) y 96.6 millones de personas indican no tener dificultad para realizar dichas actividades. Esto significa que la prevalencia de la discapacidad en México para 2014 es de 6 por ciento.⁴ Por su parte, las personas que se encuentran en mayor riesgo de experimentar restricciones en su participación o limitaciones en sus actividades representan 13.2% de la población y quienes no viven con discapacidad o limitación constituyen el 80.8% restante. Al examinar la distribución por sexo de estos tres grupos poblacionales se aprecia que es similar, aunque la proporción de mujeres es ligeramente superior entre la población con discapacidad (53.5% frente a 52.7% de la población con limitación y 50.9% de la población sin discapacidad o limitación). La estructura por edad de la población con discapacidad muestra una mayor concentración en los adultos mayores, lo cual contrasta con quienes no viven con esta condición. Los mayores volúmenes de personas se ubican en los de menos de 20 años. Por sexo, entre la población con discapacidad de 0 a 39 años, el porcentaje de varones supera al de mujeres, pero a partir de los 45 años, la relación se invierte, alcanzando las mayores diferencias a partir de los 65 años; esta situación puede estar relacionada con la mayor esperanza de vida de la población femenina y el mayor riesgo de padecer discapacidad debido a la edad.



Estructura de la población, por sexo y condición de discapacidad según grupo quinquenal de edad 2014

(en porcentaje)



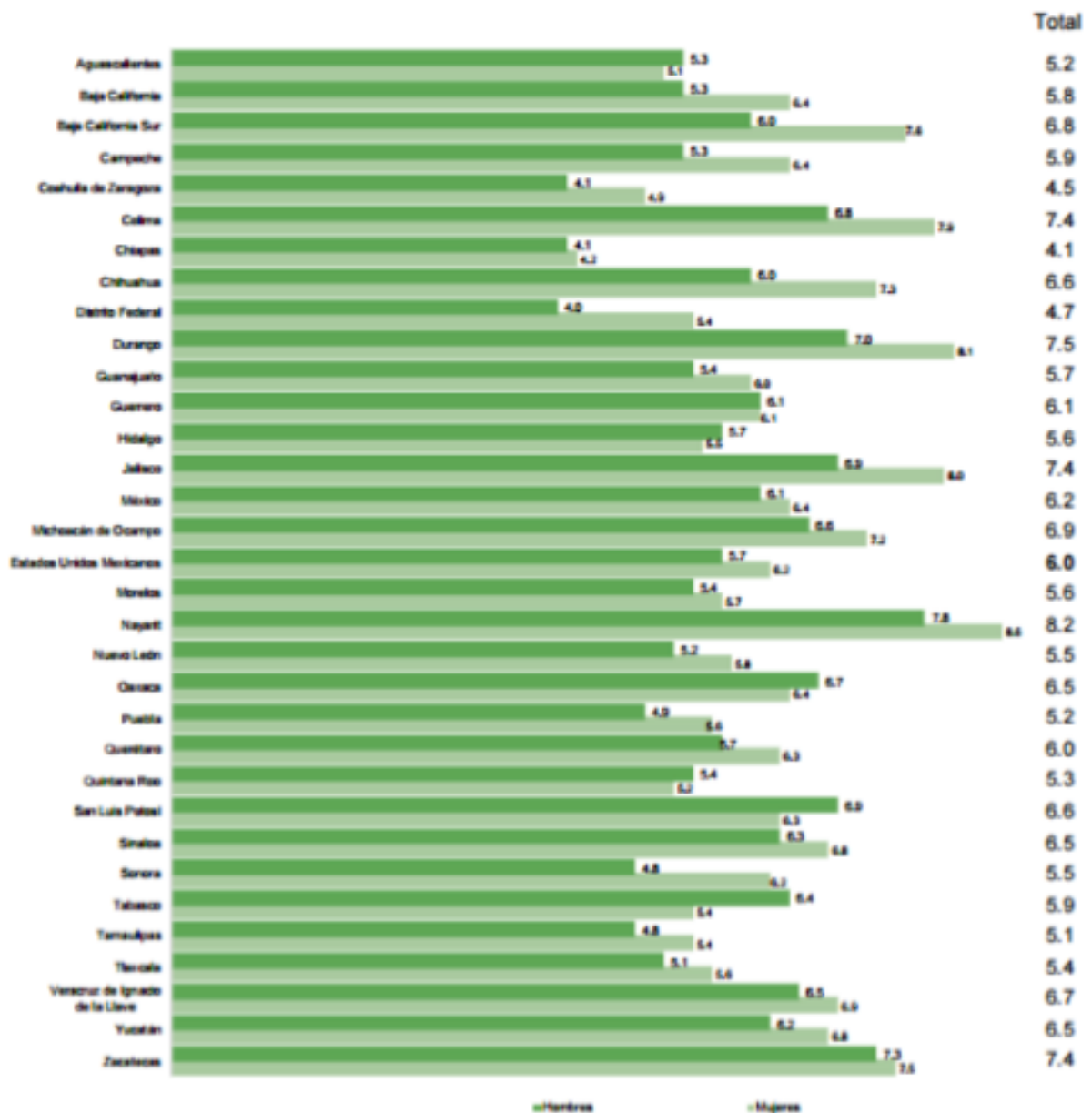
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

En 15 de las 32 entidades federativas del país, la prevalencia de la discapacidad entre la población que reside en cada una de ellas es mayor que la observada a nivel nacional. Nayarit y Durango son las entidades que presentan las prevalencias más altas del país, con 8.2 y 7.5% respectivamente. Le siguen tres estados con una prevalencia de 7.4% (Colima, Jalisco y Zacatecas). Las otras entidades con valores por encima de la nacional son: Michoacán (6.9%), Baja California Sur (6.8%), Veracruz (6.7%), Chihuahua y San Luis Potosí (6.6%), Oaxaca, Sinaloa y Yucatán (6.5%), Estado de México (6.2%) y Guerrero (6.1 por ciento). En Querétaro, la prevalencia de la discapacidad es igual que la nacional (6.0%) y en las restantes 16 entidades es menor. Chiapas (4.1%), Coahuila (4.5%), Distrito Federal (4.7%), Tamaulipas (5.1%), Aguascalientes y Puebla (5.2%), Quintana Roo (5.3%), Tlaxcala (5.4%),



Nuevo León y Sonora (5.5%), Hidalgo y Morelos (5.6%), Guanajuato (5.7%), Baja California (5.8%) y Tabasco y Campeche tienen una prevalencia de 5.9 por ciento.

Prevalencia de la discapacidad por entidad federativa y sexo 2014.



.Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.



2.2 La salud en personas con discapacidad

La persona con discapacidad debe disfrutar de todo los derechos, entre ellos los relacionados con la salud.⁵ En la Declaración de los Derechos del Niño, se hace énfasis en garantizarles un tratamiento especial, educarlos y cuidarlos de acuerdo con su condición.

Respecto al campo de la educación para la salud, se reconoce que toda persona merece ser beneficiaria de su labor educativa, sin embargo, de acuerdo a datos de la OMS dos terceras partes de la población con discapacidad no recibe atención bucodental, otros solo reciben tratamiento curativo o mutilate y sólo pocos incorporan la prevención - Asociación Latinoamericana Odontológica para Pacientes Especiales - (ALAOPE).⁶ A pesar de que los niños con discapacidad y otras necesidades especiales tienen más problemas de salud bucal que la población en general, por presentar complicaciones que pueden representar obstáculos para el cuidado adecuado de su boca.

Algunos de los factores que contribuyen a una salud bucal deficiente en los niños con discapacidades son:⁷

- **Condiciones bucales.** Algunos problemas genéticos como defectos en el esmalte, pérdida prematura de dientes y malposición dentaria, lo que conlleva a que las personas con discapacidad presenten un bajo nivel de higiene lo que ocasiona la retención prolongada de partículas de comida en la boca y por ende, inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal.⁸

Estudios realizados en personas con discapacidad describen cambios y manifestaciones clínicas frecuentes como pigmentaciones, gingivitis crónica generalizada, cálculo dental, enfermedad periodontal severa, pérdida prematura



de dientes, aumentando su incidencia y severidad por el difícil acceso a los servicios de salud.

Un estudio realizado por Reuland-Bosma demostró que los adolescentes con síndrome de Down tienen mayor prevalencia de *Actinobacillus Actinomycetemcomitans* comparados con adolescentes sanos.⁹ Del mismo modo, se ha demostrado que la caries dental es una enfermedad de alta prevalencia en esta población y está relacionada con la severidad de la discapacidad, pues los pacientes con discapacidad leve generalmente presentan porcentajes más bajos de caries dental cuando se comparan con los que presentan discapacidades moderadas y severas, los cuales presentan índices de caries superiores.¹⁰

Los problemas no solo se limitan a la cavidad oral, ya que por una mala higiene su calidad de vida también se ve seriamente afectada, como lo expusieron Buckley y Sacks en su estudio sobre 93 niños y jóvenes donde se realizaron entrevistas a sus madres para evaluar el impacto de su salud oral sobre sus vidas cotidianas y encontraron que fuera de las enfermedades orales también tienen problemas como limitaciones en el habla, halitosis, alteraciones en el gusto y molestias al comer.¹¹

- **Limitaciones físicas.** Los niños que no pueden masticar o mover la lengua apropiadamente no llevan a cabo la acción de la autoclisis.

Los pacientes en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, de lo contrario pueden desarrollar fácilmente enfermedades orales las cuales producen dolor, disfunción, incomodidad y la necesidad de tratamientos largos, costosos y de dudable pronóstico.¹² Así mismo, el mal estado de salud oral es un factor de co-morbilidad cuando se asocia con una enfermedad sistémica existente. Se aumenta el riesgo de



complicaciones infecciosas en pacientes que presentan enfermedad cardíaca congénita, inmunodeficiencia, diabetes, o con prótesis interna, e igualmente desempeña un papel directo en la agravación de la enfermedad respiratoria crónica que es la principal causa de mortalidad en las personas con discapacidad.¹³

- **Dificultad motora.** Esta se ve reflejada en la dificultad para cepillarse o usar el hilo dental. Los niños con mala coordinación motriz, como por ejemplo los niños con lesiones en la espina dorsal, distrofia muscular o parálisis cerebral, son un ejemplo de pequeños que no pueden lavarse los dientes o hacer uso de los auxiliares de limpieza.

- **Flujo salival reducido.** Los niños que necesitan ayuda para beber, tal vez tomen menos líquidos que otros niños y tal vez no tengan la suficiente saliva para favorecer la autoclisis.

- **Medicamentos.** Adicionalmente, la salud oral de las personas discapacitadas se ve afectada por los efectos secundarios de los medicamentos a los cuales están sometidos, pues estos pueden causar xerostomía significativa, aumento del riesgo de caries dental por el alto contenido de azúcar, así como hiperplasia gingival causada por medicamentos anticonvulsivantes.¹⁴

- **Dietas restringidas.** Los niños que tienen dificultad para masticar y tragar se les puede dar a menudo comida que se ha hecho puré, la cual tiene gran adherencia a las piezas dentales favoreciendo la presencia de placa bacteriana, cálculo dental y/o caries dental.

Por lo tanto, la susceptibilidad para contraer enfermedades bucales está dada por numerosos factores de riesgo, entre ellos, la mala higiene bucal y la educación sanitaria deficiente ocupan un lugar importante.¹⁵



Por lo que, la herramienta fundamental de la promoción y la prevención es la educación para la salud (EPS) que consiste, según la OMS, en la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, del colectivo y de la sociedad.

Debe ser fundamentada en una pedagogía participativa y lograr no solo cambios cognoscitivos, sino cambios de conducta y estilos de vida, además de comenzar desde edades tempranas pues el hábito desde pequeños hace más fácil llegar a la meta. Es más fácil formar actitudes positivas hacia la salud en un niño, que modificarlas en un adulto. La formación de hábitos beneficiosos para la salud bucal, en los primeros años de vida, entre ellos la higiene bucal adecuada, se transforma en necesidades que luego se ejecutan con habitual regularidad. El niño y sus padres deben ser conservadores permanentes de las normas higiénico–sanitarias, pero en esta labor participarán también el equipo de salud, los educadores y otros sectores sociales.¹⁶

Ante las limitaciones médicas, físicas y sociales que dificultan el tratamiento odontológico de los niños con discapacidad, es muy importante la vinculación de los padres en las tareas de la educación para la salud de los mismos, ya que así la influencia educativa sobre ellos será directa.¹⁷

El educador ha de contribuir con la Educación para la Salud de los niños o asumir esta tarea cuando el medio socioeconómico es adverso y no podemos contar con los padres.

La escuela constituye el espacio ideal para desarrollar la promoción y educación para la salud, por convertirse la misma en el eslabón integrador y coordinador entre la familia y la comunidad, donde se fomentan actitudes, conductas y prácticas sanas.¹⁸



Visto desde el ángulo de la promoción y prevención necesitamos crear programas activos, sencillos, capaces de promover estilos de vida sanos y prevenir la enfermedad.

Es importante resaltar también las dificultades en el manejo del comportamiento de las personas con necesidades especiales durante la atenciónn odontológica y la falta de cooperación durante el tratamiento.

Un estudio realizado en Ámsterdam por De Jongh, demostró que sólo el 10% de los niños se comportaron en forma cooperativa o se mantuvieron pasivos durante el examen clínico. Por tal motivo, el odontólogo que atiende a una persona discapacitada debe tener un entrenamiento académico y clínico especial, debe buscar un equilibrio entre el exceso de estimulación y protección a la hora de brindar la atención odontológica y tener en cuenta que la simple exposición repetida a algo es suficiente para producir cambios en la percepción de estos pacientes¹⁹. Para el abordaje de la atención odontológica de las personas con necesidades especiales es preciso mejorar su higiene bucal por medio de programas educativos dirigidos al personal de atención y a las familias que ayudan con las tareas diarias del cuidado personal, establecer una formación académica y entrenamiento específico para profesionales de la odontología y asignar fondos para cubrir el acceso a los servicios de salud de este tipo de pacientes.²⁰



2.3- Métodos de remoción de placa dentobacteriana

1. **Mecánicos.** La higiene oral y las enfermedades orales como consecuencia de la mala realización de esta, han sido sujeto de numerosas investigaciones, en las cuales se tienen en cuenta variables como grupo de edad, sexo, frecuencia de cepillado, hábitos de higiene oral, uso de aditamentos especiales y tipo de patología. La remoción mecánica de placa por medio del cepillado es una de las medidas más importantes para prevenir la iniciación y el progreso de enfermedades dentales y periodontales y el cepillo de dientes manual es el aditamento de higiene oral más usado por la población general para el cuidado bucal casero. Sin embargo, la alta prevalencia de patologías orales en la población, indica que la realización individual del cepillado con frecuencia es inadecuada y más aún en personas discapacitadas que presentan severos problemas de motricidad.²¹

Con respecto a los cepillos manuales estudiados en la población general, se ha encontrado que los cepillos de doble y triple cabeza mejoran su eficacia, además que las cerdas convencionales presentan menor eficacia en la remoción de placa y acceso a áreas interproximales comparadas con las cerdas no paralelas que presentan mayor acceso, aunque no suficiente para la remoción de placa dentobacteriana interproximal.²² El cepillo manual convencional también se ha comparado con el cepillo sónico y se ha encontrado que este último es significativamente superior al convencional durante el período de prueba, ya que la reducción de placa a las seis semanas fue del 6% comparado con el 38% respectivamente.²³ En pacientes con necesidades especiales, Fitchie evaluó la efectividad de un dispositivo automático de cepillado en personas incapaces de controlar sus brazos y manos; comparado con los hábitos de cepillado rutinario, encontrando que a corto plazo este dispositivo reduce de forma significativa los índices de



inflamación gingival e índice de placa, hecho que favorece el control independiente de su higiene oral casera.²⁴

Este dato es consistente con el estudio de Dogan (2004), que demuestra que en pacientes con retardo mental, el cepillo eléctrico Braun 3D de Oral-B® es el más eficaz para la remoción de placa en esta población.²⁵

En Turquía, Bozkurt evaluó diferentes estrategias de higiene oral en 59 personas con discapacidad neuromuscular, dividiéndolas en cinco grupos donde el primero usó cepillo de dientes manual, el segundo cepillo de dientes eléctrico, el tercero cepillo manual acompañado de clorhexidina en spray, el cuarto cepillo eléctrico acompañado de clorhexidina en spray, y un quinto grupo que solo usó spray de clorhexidina como única medida de higiene oral. Se realizaron índices de placa al día 21 y encontraron que a pesar de todas las estrategias implementadas, ninguna dio los resultados esperados, siendo la mejor opción el cepillo eléctrico, conclusión también acogida por los estudios realizados por Gratzner y Nanning.²⁶

Modificaciones a los cepillos dentales convencionales adaptándolos a personas con limitaciones en el miembro superior también han sido estudiadas. El método usado en el estudio de Dickinson y Millwood fue modificarle el mango a un cepillo dental manual con una masa de silicona para permitir el acceso a todas las áreas de la boca, encontrando así, un método que otorga a los pacientes una buena posibilidad para realizar un cuidado bucal adecuado.²⁷

La remoción de placa interproximal en la población general también ha sido evaluada, encontrando que la seda dental y los cepillos interproximales son los aditamentos más eficaces en esta tarea.



2. Químicos. La remoción química de placa dentobacteriana también ha sido estudiada, tanto como método único, como complemento a los métodos mecánicos de limpieza de superficies lisas e interproximales, enfoque ampliamente utilizado en la población discapacitada debido a las dificultades motrices y comportamentales que las acompañan.²⁸

La clorhexidina en todas sus presentaciones y en diferentes concentraciones ha sido comparada con otros agentes para el control químico de placa, encontrando que es más efectiva que el fluoruro de estaño cuando se usan dos sprays al día como única medida de higiene oral en personas con discapacidad mental, al igual que cuando se complementa con profilaxis dental.²⁹

La clorhexidina al 0,12% en gel, ha demostrado ser de gran ayuda en la disminución de placa dentobacteriana y sangrado gingival, aunque en esta presentación se relaciona con efectos secundarios como pigmentaciones y disminución de la función gustativa, si se compara con la presentación en spray.³⁰ Como se mencionó anteriormente, los pacientes discapacitados constituyen un grupo poblacional con factores de riesgo que los predisponen a las enfermedades buco-dentales y que podrían ser evitables con la aplicación de medidas preventivas.

El uso de colutorios de Triclosán-zinc y de sprays de Clorhexidina han demostrado ser eficaces como métodos coadyuvantes al cepillado dental para el control de placa y gingivitis en los pacientes con limitaciones físicas y cognitivas.³¹

En contraste, Pannuti y colaboradores demostraron por medio de un ensayo clínico aleatorizado que el gel de clorhexidina al 0,5% no fue capaz de promover un cambio en los patrones de colonización de bacilos entéricos Gram-negativos, Staphylococcus y levaduras, en comparación con el placebo, dato que complementa el estudio de Caton que demuestra que la limpieza



mecánica es significativamente mejor en la reducción de los índices de placa e inflamación interdental cuando se compara con enjuagues de clorhexidina.³²

2.-4. Programas de educación bucal en niños con discapacidad

Dentro de los Programas de salud bucal dirigidos a niños con discapacidad podemos citar al realizado por el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile el cual es una guía de higiene bucal para personas en situación de discapacidad, el cual, consta de una introducción, de un apartado con consejos generales sobre higiene bucal; características del cepillo dental así como imágenes con aditamentos para colocar en el mango del cepillo; más adelante se habla sobre el uso de la pasta y aditamentos con flúor como el uso de los enjuagues; también se toca el tema de cuándo y en qué momento deben cepillarse los dientes. Un apartado interesante destaca la importancia de las características del cepillado de dientes según el grado de ayuda.

Más adelante y para terminar, la guía incorpora un apartado de cómo superar los problemas que pueden surgir durante el cepillado dental. Toda la información está respaldada con imágenes que facilitan el entendimiento de algunos aditamentos. Sólo cabe resaltar que la guía no guarda la confidencialidad de los menores al exponer la cara de los pequeños, la cual, cuidaremos al presentar la información como anexo. (Anexo 1)

Otro manual que se puede encontrar en la red es el desarrollado por María Esther Pérez Serrano, Jacobo Limeres Posse y Javier Fernández Feijoo, titulado “Manual de Higiene Oral para personas con discapacidad”³³

El cual consta de las características generales de la discapacidad sus definiciones las clasificaciones y prevalencia.

También abarca los problemas orales como por ejemplo: caries, enfermedad periodontal, halitosis, xerostomía, entre otros; pero éstos enfocados en personas con discapacidad.



Este Manual también toca elementos fundamentales como las barreras que pueden evitarse para mejorar la atención de la salud oral en este grupo de personas.

Se aborda la propuesta de un programa de higiene oral con aspectos como son: el control mecánico de la placa (cepillado, higiene interproximal y dependencia); el control químico (antisépticos orales); colocación de fluoruro, como medidas preventivas la colocación de selladores de fosetas y fisuras, la dieta y aspectos relacionados con la motivación y educación para la salud.

El Manual aborda también aspectos médicos y odontológicos de las discapacidades más comunes y entre ellas hace referencia a: retraso mental, el síndrome de Down conocida actualmente como Trisomía 21, desórdenes del espectro autista, parálisis cerebral, epilepsia, distrofias musculares, ceguera y deficiencia visual, así como sordera y deficiencia auditiva.

Por último una aportación del Manual es la información práctica para el diseño de estrategias de higiene oral en función de la patología sistémica.

Por otro lado la Clínica Estomatológica Docente "Manuel Angulo Farrán". Holguín, en 2008 creó un programa en una muestra de 57 niños pertenecientes al Área de la salud de la policlínica Alcides Pino Bermúdez" de la ciudad de Holguín, entre los 8 y 10 años para determinar el nivel de higiene bucal en niños con retraso mental, el cual fue titulado "Yo también sonrío con salud".

El programa constó de siete sesiones que se realizaron una vez por semana y en ellas incluía actividades como adivinanzas, rompecabezas, juegos de roles, canciones con juegos didácticos, cuentos entre otros. Encontrando que después de la aplicación del programa la higiene bucal de los menores fue buena.³⁴

Dentro de los trabajos con énfasis en programas de salud bucal dirigidos en éste grupo de personas se encuentra la propuesta de Arias Herrera, Muñoz



Fernández y colaboradores, quienes desarrollan un programa dirigido a niños con retraso mental con la finalidad de promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades bucales en dos escuelas de atención a niños especiales.³⁵

3. Planteamiento del problema

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que más de mil millones de personas —es decir, un 15% de la población mundial— presentan alguna discapacidad. En México, los resultados del Censo General de Población y Vivienda 2010 existen 4 527 784 habitantes con discapacidad, lo que representa 4% de la población total del país.

A nivel mundial no existe un reporte completo sobre el estado de salud y bienestar de las personas que presentan discapacidad. Asimismo, son escasas las publicaciones que hacen referencia de la condición bucal en este grupo de personas, lo que se sabe es que los niños con discapacidad presentan numerosos problemas en su salud bucal debido a la mala higiene bucal, la dieta blanda y las dificultades para el tratamiento. La proporción de caries dental en éstos niños aumenta y los problemas bucales en ellos son más severos por las anomalías dentarias que presentan.

Por estas razones nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Un programa de salud bucal en el que se involucre la participación de autoridades, docentes, padres y/o tutores ayudará a controlar la formación de placa bacteriana y el desarrollo de enfermedad periodontal en niños con discapacidad?



4.- Justificación

La declaración de los derechos de los niños afirma "los niños disfrutarán los beneficios de la seguridad social. El niño tendrá el derecho de una nutrición adecuada, vivienda, recreación y servicios médicos" y "El niño incapacitado físico, mental o socialmente se le brindará un tratamiento especial, educación y cuidados requeridos por su condición particular". Esto significa, que todos los niños sin distinción deben recibir una adecuada atención de salud oral y ser partícipes de programas de prevención.

Por lo que consideramos que los programas de prevención bucal no sólo deben ser dirigidos a niños escolares y de bajos recursos sino también a niños con discapacidad aunque el desarrollo e implementación de dichos programas sea complejo.

Con la intencionalidad de que los programas no sólo se implementen sino que también se monitoreen y en ellos se haga extensiva la participación de los escolares, los padres de familia o tutores y las autoridades del plantel para lograr la prevención de caries y enfermedad periodontal. Y de ésta manera no sumarle complejidad a la misma discapacidad que ya presentan.

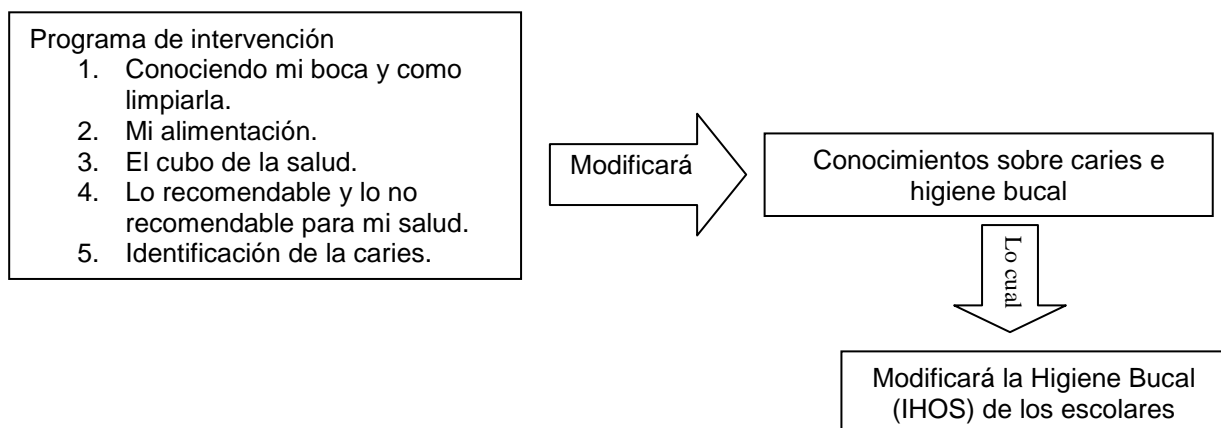


5.-Marco Conceptual

La caries es una enfermedad multifactorial, que el inicio de la misma se debe principalmente a una higiene bucal deficiente. Las personas que presentan alguna discapacidad por lo general presentan problemas con su higiene bucal ya sea por falta de interés de los padres y/o cuidadores al no considerarla como un problema, por la el uso de medicamentos que origina padecimientos en tejidos blandos como la encía o bien, por la dificultad en el manejo de la persona con discapacidad.

Sin embargo, a pesar de conocer que el manejo de una persona con discapacidad es complicado consideramos que la prevención es el camino óptimo por el cual, se debe optar antes de la restauración o curación.

Por lo que, consideramos que ampliar y/o modificar los conocimientos y actitudes respecto a la salud bucal (caries e higiene bucal) de padres, tutores y/o personal de apoyo, conlleva a modificar la actitud de los escolares, lo que puede repercutir en una higiene bucal aceptable.





6.- Objetivo de la investigación

Implementar un programa de salud bucal en el que se involucre la participación de autoridades, docentes, padres y/o tutores ayudará a controlar la formación de placa bacteriana y el desarrollo de enfermedad periodontal en niños con discapacidad.

7.- Material y Metodos

7.1 Tipo de estudio

Intervención comunitaria

7.2 Población de estudio

30 escolares de una comunidad educativa (incorporada a la SEP) que integra el nivel preescolar, primaria, secundaria y capacitación laboral en atención a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales.

Criterios de inclusión

- Escolares sin distinción de sexo que presenten por escrito la autorización del padre y/ tutor para participar en el programa de salud.
- Escolares que permitan la valoración bucal.

Criterios de exclusión

- Escolares que cuenten con la autorización del padre y/o tutor pero que no acepten participar en el programa de salud bucal.



7.3 Variables que integran el programa de salud bucal

Información sobre dentición, función y estética.

Conceptualización: Información relacionada con los dientes de acuerdo a su función.

Operacionalización: Se midió de manera directa al mostrarles esquemas de los dientes y molares y posteriormente se les pidió que señalaran cada uno de ellos en un tipodonto realizado a escala.

Información sobre la forma del cepillado.

Conceptualización: Es una actividad necesaria para eliminar de forma mecánica la placa bacteriana.

Operacionalización: Se midió de manera directa, al pedirle que en el tipodonto a escala repitieran con un cepillo dental también a escala la manera que previamente se les mostró.

Información sobre caries.

Conceptualización: Información relacionada con la caries dental, qué es, cómo se observa y qué la produce. Así como las consecuencias que se originan por la presencia de caries dental.

Operacionalización: Se midió de forma directa, al pedirles que identificarán a partir de un cubo los alimentos que producen caries y los que evitan su aparición.

Información sobre prevención bucal

Conceptualización: Información acerca de los alimentos que contienen un alto contenido de azúcar por lo cual, pueden favorecer la aparición de caries dental (dieta cariogénica), así como la forma de prevenir la misma, mediante el control de los alimentos que se consumen.

Operacionalización: Se midió a través de la identificación de los alimentos cariogénicos mismos que se presentaron en miniatura y a manera de juego.



7.4 Variables que integran la Higiene Bucal

Higiene Bucal

Conceptualización: Es la cantidad de placa bacteriana y/o cálculo dental que se encuentran sobre la superficie de los dientes, de las restauraciones o bien, se sitúa en el espacio gingival.

Operacionalización: Se midió a partir del índice de Higiene Oral Simplificado y se registró la información en una ficha clínica elaborada específicamente para el programa. Se evaluó con base a los valores del IHOS: buena (0 – 1.2); regular (1.3 – 3.0) y pobre (3.1 – 6.0).

7.5 Método de recolección de la información

Antes de dar inicio al programa se solicitó la autorización de la dirección de la comunidad educativa para desarrollar las actividades programadas. (Anexo 1)

La primera sesión consistió en solicitar una reunión con los padres y/o tutores de los escolares para presentarles el objetivo y las sesiones que conforman el programa. Al finalizar la sesión y aclarar dudas se solicitó el consentimiento por escrito de los padres y/o tutores para autorizar a los escolares a integrarse a las actividades. (Anexo 2)

Con los consentimientos firmados se programó una segunda sesión para llevar a cabo la valoración bucal, la cual fue asistida por el personal de la comunidad educativa. La cual, se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la escuela en un lugar amplio con luz natural y se siguieron las indicaciones sugeridas por la NOM 013-SSA2-2006, barreras de protección (bata, cubrebocas y guantes estériles) espejo plano del número cinco y sonda periodontal redonda. (Anexo 3). Observando una prevalencia de caries dental del 95% pero siendo lesiones incipientes o bien, de grado 1. En promedio el número de dientes cariados fue de seis; la presencia de gingivitis se encontró en 80% de los escolares. La inasistencia al servicio dental fue del 70%, las consultas principalmente se



llevaban a cabo por tratamiento y no por prevención. Motivo por el cual se planteó la necesidad de implementar un programa de educación para la salud bucal, bajo la siguiente logística:

Parte I. Valoración dental. Se valoró a escolares para identificar la presencia de caries dental y gingivitis, contando con la participación de alumnos de servicio social de la Facultad de Odontología de la UNAM previamente capacitados para lograr una concordancia del 90% en el índice IHOS y la identificación de caries dental.

Parte II. Implementación del programa de educación para la salud bucal. El programa se implementó en 30 escolares que conformaron el grupo de estudio, este constó de exposición, técnicas y juegos didácticos diseñados con la finalidad de garantizar la participación de los escolares.

Los temas que integraron el programa fueron los siguientes:

1. Conociendo mi boca y como limpiarla.
2. Mi alimentación.
3. El cubo de la salud.
4. Identificación de alimentos que causan caries.
5. ¿Dónde está la caries?.

Parte III. Consolidación. Al termino del programa se construyó un periódico mural para integrar la información y concluir el programa con los escolares.

Se solicitó una segunda reunión con los padres y/o tutores para informar los resultados del programa, entregar un calendario para el registro del cepillado e integrar información respecto a los lugares donde los escolares pueden recibir atención dental.



Por último se calendarizó con la directora de la comunidad una última reunión a los seis meses para realizar una actividad en la cual, a los escolares se les pidió colorear dibujos relacionados con los dientes y muelas; los alimentos que ocasionan caries, y los aditamentos que ayudan a conservar la boca limpia.

7.6 Recursos Humanos

- Dos alumnos de servicio social.
- Un tesista.
- La directora de la comunidad quien revisó y orientó el material didáctico para cada una de las sesiones, así como la duración de las mismas.
- Una directora de tesis.

7.7 Recursos Materiales

- Lápices de colores, resistol, confeti.
- Alimentos miniatura, platos.
- Modelos a escala de la boca, lengua y dientes, así como del cepillo dental.
- Cepillos dentales marca CURAPROX.
- Cubo de cartón con imágenes sobre caries, alimentos cariogénicos y alimentos saludables.
- Calendario para el registro del cepillado.
- Fichas clínicas para la valoración dental, espejo plano desechable del no. 5, sonda periodontal redonda, abatelenguas, campos y vasos desechables, pastas dentales.
- Cuadernillos para dibujar, juguetes didácticos que sirvieron como premios al finalizar cada sesión.



7.8 Recursos financieros.

Los recursos corrieron a cargo de un tesista anterior que diseñó el programa y del alumno Alejandro Segura que implementó el mismo.

8. Consideraciones éticas

El presente estudio no implica la realización de ninguna intervención, sin embargo, de acuerdo a la Ley General de Salud, artículo 17, esta investigación se considera con riesgo mínimo debido a que se harán exploraciones bucales. Por lo que es necesaria la solicitud de consentimiento informado asegurando al adulto mayor y sus familiares confidencialidad de la información proporcionada. Cabe mencionar, que el protocolo de investigación será sometido al Comité de ética de la Facultad de Odontología.³⁶

Asimismo, de acuerdo a la Ley General De Salud, se les dará a los adultos mayores una explicación clara y completa del estudio sobre los siguientes aspectos:³⁶

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que se usarán y su propósito;
- III. Los beneficios que pueden obtenerse;
- IV. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- V. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VI. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- VII. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.



9. Plan de análisis

Para evaluar los cambios respecto al conocimiento relacionado con la salud bucal, después de la intervención se planeó regresar a la comunidad educativa seis meses después y a partir de un cuadernillo de dibujo observar el conocimiento sobre salud bucal aprendido o retenido por los escolares.

10. Resultados

La valoración bucal se realizó en 30 escolares de diversas edades que pertenecían a primaria, secundaria o capacitación laboral. Se encontró una prevalencia del 95% de caries grado 1 o incipientes y un 80% de presencia de gingivitis. De los cuales 37% fueron mujeres y 63% hombres. El intervalo de edad quedó comprendido entre 7 y 21 años de edad.

Los escolares fueron muy participativos, se logró introducir la cultura de la prevención en los padres y/o tutores, así como se creó un espacio para que cada escolar tuviera su cepillo dental y su vaso, con la finalidad de que al término de la comida cada escolar acompañado del personal de apoyo de la escuela fuera por él e hiciera uso de él.

Asímismo, las autoridades de la escuela reforzaron la estrategia de solicitar a los padres y/o tutores que el lunch estuviera integrado por alimentos saludables (fruta, sopa de pasta, sopa de verduras, agua simple, etc.) para evitar el consumo de azúcares.

En el lapso de los seis meses el tesista volvió a la comunidad educativa y al realizar la sesión con el cuadernillo para colorear observó que la información que los escolares tenían al respecto del cuidado de la salud era sólida y recordaban aún el grupo de alimentos cariogénicos y no cariogénicos, así como recordaban los amigos de la limpieza (cepillo dental, raspador de lengua y enjuague).



La platica con los padres y/o tutores que se sostuvo como refuerzo del programa mostró el uso del calendario para que el escolar pudiera contemplar los días acertivos y negativos con relación a su aseo bucal. (Anexo 4) Así como también se les entregó un manual para el cuidado de la salud bucal enfatizando el cuidado en el niño con discapacidad. (Anexo 5)

A continuación se presenta el desglose de cada una de las actividades:

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BUCAL PARA ALUMNOS DE CENTRO EDUCATIVO Y PSICOPEDAGÓGICO E INTEGRAL 2016

Primera reunión: Presentación

Introducción

Presentación del coordinador y del equipo de trabajo.

Objetivos

- Presentar al coordinador y equipo de trabajo.
- Explicar el objetivo de realizar una semana de salud bucal en los escolares.
- Concientizar a los padres de familia y/o tutores la importancia de la prevención.

Desarrollo

El coordinador presenta los objetivos y contenidos del programa, los métodos a seguir, técnicas y material utilizado. Luego se procede a recoger las expectativas de los presentes en cuanto a la intervención, tratando de que expresen sus dudas.

Acto seguido se explica el objetivo y la logística del diagnóstico de salud que consiste en la exploración bucal con el uso de barreras de protección y material estéril (espejo



bucal y sonda periodontal redonda) y se recaba el consentimiento informado de los padres y/ tutores que aceptan que el escolar participe en el programa.

Segunda reunión: Diagnóstico de salud bucal

Introducción

Exploración bucal de los escolares.

Objetivo

- Conocer el estado de salud bucal (presencia de caries, enfermedad periodontal y presencia de lesiones de tejidos blandos).

Desarrollo

El equipo de trabajo se presenta en el CEPI y condiciona un área iluminada para llevar a cabo la exploración bucal utilizando espejo plano del No. 5 (estéril), sonda periodontal redonda, abate lenguas y barreras de protección (guantes, cubre bocas, bata).

Con ayuda del (os) profesores se pide que cada alumno se siente en una silla para su revisión dental en la ficha clínica (ANEXO 1).

Al finalizar la revisión, se realizará la narración de las observaciones del menor y se le entregarán de forma personalizada a los padres y/o tutores en la última sesión programada para este fin.





Al término de la presentación del equipo y del objetivo y actividades a los padres de familia se dio inicio al programa de educación para la salud, el cual estuvo conformado por las siguientes sesiones:

Primera sesión: " Conociendo mi boca y como limpiarla "

Introducción

Es indispensable enseñar a los escolares las estructuras que componen la boca y la función de cada una de ellas, para comprender la importancia de su cuidado a partir de la limpieza diaria. Razón por la cual en esta segunda sesión se construyó un tipodonto desarmable con la finalidad de que toquen los dientes, muelas, lengua, encía y paladar y a partir de imágenes y diferentes aditamentos de higiene (enjuague, hilo dental, raspador de lengua) visualicen en escala la técnica de cepillado adecuada para ellos.

Objetivos

- Dar a conocer las estructuras bucales su importancia y función mediante recursos didácticos.
- Llevar el registro y control a partir del calendario de salud bucal para generar un hábito a largo plazo.

Desarrollo

A partir de una presentación en power point el odontólogo explica los elementos que conforman la boca y a partir de un tipodonto desarmable se explica la técnica de cepillado considerando las necesidades de los escolares.

Como refuerzo de la sesión se entrega a cada escolar un cepillo dental personalizado y con él se ejemplifica la técnica de cepillado.



Como otra medida de refuerzo, construyó un calendario y se colocó en un lugar visible del CEPI para que educadores y escolares registren el cepillado dental y se complemente con el cepillado realizado en casa, con la finalidad de motivar a los escolares en todo momento.



Fuente .Escolares de la comunidad educativa.



Segunda sesión: " Mi alimentación"

Introducción

Los principales problemas bucodentales son originados por alimentos azucarados que producen ácidos que ayudan a la desmineralización del esmalte.

Llevar una dieta sana y balanceada además de una correcta higiene bucal ayudara a la prevención de problemas generados por alimentos inadecuados.

La prevención de la caries dental y la enfermedad periodontal se logra con una adecuada actuación sobre todo los factores que contribuyen a su formación, pero es necesario insistir en el cambio de actitud de la población con respecto al consumo de carbohidratos fermentables y el mantenimiento de una correcta higiene bucal después de la ingestión de los alimentos. La dieta es uno de los elementos esenciales a tener en cuenta para la prevención de la caries y la enfermedad periodontal, pero existe poca experiencia de trabajo en relación con la recomendación, estilos adecuados de alimentación, por lo que se debe motivar a la población a vivir más y mejor y promover una dieta saludable desde edades tempranas. Ampliar la divulgación sobre la importancia de una dieta saludable y el resto de las medidas para la prevención de ambas afecciones en las clínicas estomatológicas, centros de salud, organismos de masas, escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo y medios de difusión masiva y en la comunidad.



Objetivo

- Diferenciar entre alimentos sanos y alimentos cariogénicos.

Desarrollo

Después de explicar que alimentos producen caries, se realiza una actividad en la cual los niños sacaran de una caja diversos alimentos clasificándolos en un inicio de manera que crean son los sanos y después de la sesión se les pedirá volverlos a organizar en alimentos sanos e inapropiados



Fuente: Escolares de la comunidad educativa



Tercera sesión "El Cubo de la salud"

Introducción

Integrar estrategias didácticas en la promoción de la salud en los escolares es una herramienta que permite reforzar el conocimiento aprendido en clase. Tomar conciencia de la diferencia entre alimentos sanos y cariogénicos permite discernir entre las diversas clases de dulces que tienen mayor predisposición a adherirse a la superficie dental y por ende, resultar ser más cariogénicos.

Objetivo

- Reforzar el tema de alimentos sanos y alimentos cariogénicos

Desarrollo

Se construyó un cubo a partir de una caja de cartón y se colocaron imágenes de alimentos sanos (frutas y verduras) y de alimentos cariogénicos (gomitas de dulce, chicles y chiclosos); aunado a ello, a cada escolar se les entregó un paquete con las imágenes que se pegaron en el cubo y se les pidió que aventaran el cubo y que seleccionaran de su paquete la imagen resultante y a un solo grito mencionarán si era una imagen sana o cariogénica.

Al finalizar de la sesión se entregaron premios a los escolares que respondieran acertadamente



Fuente: Escolares de la comunidad educativa



Cuarta sesión: “identificación de alimentos que causan caries “

Introducción

Es de suma importancia que se lleve a cabo un reforzamiento mediante las imágenes y la participación de los niños en ello para identificar los alimentos sanos y los no apropiados en la dieta

Objetivo

Identificar los alimentos mediante el reforzamiento visual

Desarrollo

Se les mostraron las imágenes y se les explico que imágenes tenían los alimentos apropiados y los no apropiados se dividió el pizarrón por bloques e en las cosas que eran buenas y las que no eran apropiadas se les proporciono las imágenes para que ellos pasar al pizarrón y pegar la imagen donde correspondía para a si reafirmar en todo momento la importancia de la alimentación y la higiene bucal



Fuente: Escolares de la comunidad educativa



Quinta sesión: “¿Dónde está la caries?, Juego de vasos “

Introducción

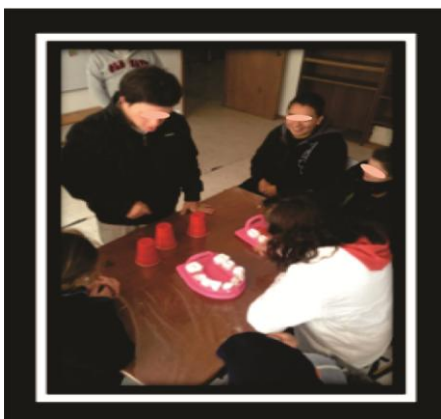
Es de suma importancia el que ellos identifiquen cual es el factor que causa la caries y que estructuras son las afectadas en este proceso

Objetivo

Identificar me diente macrodientes de yeso que diente esta cariado y que diente está sano.

Desarrollo

Se llevo a cabo un juego con vasos y modelos de macrodientes marcando un macrodiente con un plumón en la cara oclusal de color negro simulando caries y un macrodiente sano para a si taparlos con los vasos y realizando movimientos circulares y cuando ellos mencionaran en donde creían que estaba el diente marcado con caries y que diente esta sin caries procediendo a destaparlos y a si realizándolo el juego varias veces para reafirmar en conocimiento.



Fuente: escolares de la comunidad educativa



Consolidación del programa “Periódico mural”

Introducción

El periódico mural es un medio de comunicación que se elabora por los propios alumnos con la guía de un maestro o instructor y emplea una temática variada, en éste caso va dirigido hacia el tema de prevención bucal, es un recurso fácil y económico de elaborar.

Objetivo

Fomentar la integración del trabajo grupal y en equipo en cada uno de los grupos que participen en la elaboración del periódico mural así como estimular su interés de participación para un mejor conocimiento del tema Impulsar la creatividad y las habilidades sociales de los alumnos. Se realiza con la colaboración de profesores, cuidadores, alumnos.

Desarrollo

Se llevó a cabo la elaboración de un periódico mural con papel pegamento colores y plumones se utilizaron las imágenes del memoraba dividiéndolo en lo bueno y lo no recomendado de la alimentación y de la higiene bucal para que ellos pegaran confeti y jugando con el escribiendo sus dudas o algún comentario respecto a la salud bucal con ellos llevando a la participación del todo el grupo la motivación el periódico mural se pegó en el patio de la institución para a si cada que salieran o entraran vieran el periódico .





IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE C.E.P.I 2016.



Fuente: escolares de la comunidad educativa



Tercera reunión: Padres de familia

Con el fin de resolver dudas a padres de familia y cuidadores en cuanto a la higiene bucal y dar a conocer los avances de los alumnos se realizó la sesión informativa obsequiando y mostrando también el manual de prevención de enfermedades buco dentales el cual tiene por objetivo brindar conocimientos técnicos y clínicos de salud oral a padres y cuidadores de niños con discapacidad mejorando y previniendo las condiciones bucales de los niños para evitar futuros tratamientos invasivos. Asimismo, se entregó un calendario para el registro y apoyo del cepillado dental.



Fuente: Padres de los Escolares de la comunidad educativa



Referencias bibliográficas

- 1.- Clasificación Internacional del funcionamiento y la Discapacidad (CIDDDM-2): Borrador Beta-2, Versión Completa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. [Actualizado Julio 1999, Citado 17 Septiembre 2016] Disponible en: <http://www.sustainable-design.ie/arch/Beta2fullspanish.pdf>
- 2.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2014). Marco conceptual de la entrevistadora de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. México, Aguascalientes: INEGI. “*Estadísticas a propósito del... día internacional de las personas con discapacidad (3 de diciembre)*” [Actualizado 1 Diciembre 2015, Citado 10 Octubre 2016]. Disponible en: http://conadis.gob.mx/gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/discapacidad028129.pdf
3. - Overview of Implementation Protocols for Testing the Washington Group Short Set of Questions on Disability, [Actualizado 21 Septiembre 2006, citado 20 Octubre 2016]. Disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting6/main_implementation_protocol.pdf
- 4.-Tapia Granados, José A. (1995). “Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia”, en: Med Clin (Barc), núm. 105, pp. 216-218.
Organización Panamericana de la Salud. (OPS/OMS). Programa de Publicaciones, Washington. EE. UU. Recuperado el 11 de noviembre de 2015 de:<http://admin.salud.sanluis.gov.ar/saludweb/Contenido/Pagina284/File/Tapia%20-%20Medidas%20de%20prevalencia.pdf>
- 5.- Zacarías J. La comisión nacional de derechos humanos. Psicología Iberoamericana 1993; 1(3): 37-44.
- 6.-Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol 2001;38 (3):181- 91.
- 7.- Di Nasso P. Cuidado dental del niño con discapacidad. Rev Asoc Argent Odontol p/ niños 2001; 30(4): 21-4.
- 8.-Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinates for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. J Indian Soc Pedod Prevent Dent. 2009; 27(3): 151-15



- 9.-Reuland-Bosma W, Van der Reijden WA, Van Winkelhoff AJ. Absence of a specific subgingival microflora in adults with Down's syndrome. J Clin Periodontol. 2001; 28(11): 1004-1009
- 10.-Gimenez JM, Lopez J, Boj JR. Estudio epidemiológico de la caries en un grupo de niños con parálisis cerebral. Med Oral 2003; 8(1): 45-50.
- 11.-Buckley S, Sacks B. Oral health problems and quality of life. Downs Syndr Res Pract. 2007; 12(1): 17 - 23.
- 12.-American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on management of dental patients with special health care needs. Pediatr Dent. 2008; 30 (7 Suppl): 107-111.
- 13.-Tesini DA, Fenton SJ. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. Dent Clin North Am. 1994; 38(3): 483-498. Oredugba FA. Oral health condition and treatment needs of a group of Nigerian individuals with Down syndrome. Downs Syndr Res Pract. 2007; 12(1): 72-76
- 14.-Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 4. Education. Br Dent J. 2008; 205 (3): 119-130.
- 15.-Zarzar PMP de A, Rosemblat A. A beneficência e atenção odontológica a's crianças portadoras da Síndrome de Down na cidade do Recife. Arq Odontol 1999;35(1-2):39.
- Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. Eur J Oral Sir 2001; 109 (1): 20.
- 16.-Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, padres y educadores
- 17.-Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, padres y educadores.



- 18.-Carvajal Rodríguez C, Castellanos Simons B, Cortes Alfaro A, González Hernández A, Rodríguez Meno GM, Sanabria Ramos G, et al. Educación para la salud en la escuela. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000. p. 11, Cuba. Ministerio de Educación y de Salud Pública. Resolución conjunta MINEDMINSAP 1/97 [Ciudad de La Habana]; [1997]. p. 1-6.
- 19.-Villegas LM, Rodríguez DM. Enseñanza de higiene oral personalizada en niños con retardo mental leve y moderado. Revista CES Odontología 1995; 8(2): 144-149.
- De Jongh A, van Houtem C, Van der Schoof M, Resida G, Broers D. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. Spec Care Dentist. 2008; 28 (3): 111-115.
- Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. J Intellect Disabil Res. 2000; 44: 45-52.
- 20.-Mabry C, Mosca NG. Interprofessional educational partnerships in school health for children with special oral health needs. J Dent Educ. 2006; 70 (8): 844-850.
- Idaira Y, Nomura Y, Tamaki Y, Katsumura S, Kodama S, Kurata K. Factors affecting the oral condition of patients with severe motor and intellectual disabilities. Oral Dis. 2008; 14(5): 435-439
- 21.-Salud oral en discapacitados Juliana Marulanda,¹ Juan David Betancur,² Sebastián Espinosa,² Jorge Luis Gómez,² Alejandra Tapias
- 22.-Dogan M C, Alacam A, Asici N, Odabas M, Seydaoglu G. Clinical evaluation of the plaqueremoving ability of three different toothbrushes in a mentally disabled group. Acta Odontol Scand. 2004; 62(6): 350-354
- 23.-Day J, Martin MD, Chin M. Efficacy of a sonic toothbrush for plaque removal by



- caregivers in a special needs population. *Spec Care Dentist*.1998; 18 (5): 202-206.
- 24.-Fitchie JG, Reeves GW, Comer RW, Gatewood RS, Campbell EA, Rommerdale E H. Oral hygiene for the severely handicapped: clinical evaluation of the University of Mississippi dental care system. *Spec Care Dentist*. 1988; 8(6): 260-264.
- 25.-Dogan M C, Alacam A, Asici N, Odabas M, Seydaoglu G. Clinical evaluation of the plaqueremoving ability of three different toothbrushes in a mentally disabled group. *Acta Odontol Scand*. 2004; 62(6): 350-354.
- Montandon A, Pinelli LA, Fais M. Quality of life and oral hygiene in older people with manual functional limitations. *J Dent Educ*. 2006; 70(12): 1261-1262.
- 26.-Bozkurt FY, Fentoglu O, Yetkin Z. Comparación de varias estrategias de higiene oral en individuos con discapacidad neuromuscular. *J Contemp Dent Pract*, 2004; 5(4): 23 – 31.
- Gratzer P. Electric dental care in the child with multiple disabilities. *Rehabilitation*,1982; 21(2):73-75.
- Nanning AM, Mark F, Timmerman A, Versteeg. Wim H. van Palenstein H. Ubele Van der Velden. Van der Weijde G. Comparison of the use of different modes of mechanical oral hygiene in prevention of plaque and gingivitis. *Journal of Periodontology*.2008, 79(8): 1386-1394.
- 27.-Dickinson C, Millwood J. Toothbrush handle adaptation using silicone impression putty. *Dent Update* 1999; 26(7): 288-289.
- 28.-Chikte UM, Pochee E, Rudolph MJ, Reinach SG. Evaluation of stannous fluoride and chlorhexidine sprays on plaque and gingivitis in handicapped children. *J Clin Periodontol*. 1991; 18(5): 281-286.



- 29.-Stiefel DJ, Truelove EL, Chin M, Zhu XC, Leroux B. Chlorhexidine swabbing applications under various conditions of use in preventive oral care for persons with disabilities. *Spec Care Dentist*. 1995; 15(4): 159-165.
- Clavero G, Junco P, Baca P. El spray de clorhexidina como alternativa o complemento al cepillado dental en pacientes ancianos y discapacitados: revisión de la bibliografía. *Archivos de odontoestomatología*. 2002; 18(9): 649 – 653.
- 30.-Chikte UM, Pochee E, Rudolph MJ, Reinach SG. Evaluation of stannous fluoride and chlorhexidine sprays on plaque and gingivitis in handicapped children. *J Clin Periodontol*. 1991; 18(5): 281-286.
- 31.-Montiel J, Almerich J. Estudio de la eficacia de dos tratamientos antiplaca y antigingivitis en un grupo de discapacitados psíquicos. *Med Oral* 2002; 7(2): 136-143.
- 32.-Pannuti CM, Lotufo RF, Cai S, Saraiva Md C, de Freitas NM, Falsi D. Effect of a 0.5% chlorhexidine gel on dental plaque superinfecting microorganisms in mentally handicapped patients. *Pesqui Odontol Bras*. 2003; 17(3): 228-233.
- 33.-Pérez serrano maría Esther, limeres posse.jacovo, fernandez feijo Javier. Manual de higiene oral para personas con discapacidad. editorial.santiago de Compostela: grupo de investigación en odontología médico-quirúrgica (omequi).,2012.
- 34.-Reyes González, Ileana María, Ayala Perez Yolanda. Programa de salud bucodental para niños con retraso mental aplicado en un área de la salud Imbiomed [internet].2008[citado 10 octubre 2016].12(2):1-11. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=51645&id_seccion=2082&id_ejemplar=5231&id_revista=64
- 35.-Arias Herrera, Sury R, Muñoz.Fernández, Liset M, Romero.Gonzalez.Carmen.M, Espeso Nápoles Nelia. Propuesta de comunicación en salud bucal para niño con retraso mental ligero, padres y educadores. *Redalyc*. [internet].2005[citado 10 octubre 2016] 9(6):1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117924005>.



36. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18a asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia 1964 y enmendada por la 59a Asamblea General. [Online]. Seúl Corea; Octubre 2008 [cited 2013 noviembre 25. Available from: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf



IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE C.E.P.I 2016.



ANEXOS



Anexo 1

México, D. F. 09 de Agosto 2016

MAESTRA MIRIAM ORTEGA MALDONADO
RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM

Por medio de la presente, CEPI (Comunidad Educativa y Psicopedagógica Integral), centro que atiende a niños y jóvenes con discapacidad intelectual, autoriza a su personal para que asistan a nuestra institución para llevar a cabo el programa de Salud Bucodental con nuestros alumnos, iniciando en el semestre correspondiente de agosto a octubre de 2016.

Este programa será de gran utilidad y beneficio para nuestros alumnos como parte de sus actividades diarias en su vida cotidiana.

Sin más por el momento, agradezco la atención a la presente, quedando de usted.

Atentamente.

Marcela Echeverría Aguirre
Directora



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Programa de prevención para la Salud Bucal en niños del CEPI 2016"

Por medio de la presente tengo la complacencia de dirigirme a usted para solicitar su consentimiento en la participación de un breve cuestionario y en la revisión bucal del menor, con la finalidad de conocer su estado de salud oral que servirá como base para el desarrollo de un programa de prevención de enfermedades orales, contando con la participación de la Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), dentro de las instalaciones de C.E.PI.

La revisión bucal se llevará a cabo cumpliendo las normas de sanidad y sin provocar algún tipo de alteración en la boca del menor. Asimismo, la información será manejada de manera confidencial y se entregará por escrito los resultados de la valoración al padre y/o tutor del menor.

Usted está en su derecho de cambiar de opinión respecto a su participación y/o la del menor en cualquier momento del desarrollo del programa sin que se vea afectado de alguna manera.

Por todo lo anterior:

Acepto participar respondiendo el cuestionario y permitiendo la valoración de mi hijo (a) contando con la información suficiente y en plena facultad sobre mi decisión.

Nombre y firma del padre y/o tutor _____

Mtra. Miriam Ortega Maldonado
Facultad de Odontología, UNAM
Coordinadora del Programa
Tels. 6796 3818
(55) 8575 8016

Alejandro Javier Segura Espinosa
Responsable del Programa
Tels. 6365 9081
(55) 13 35 75 50



EXPLORACIÓN CLÍNICA

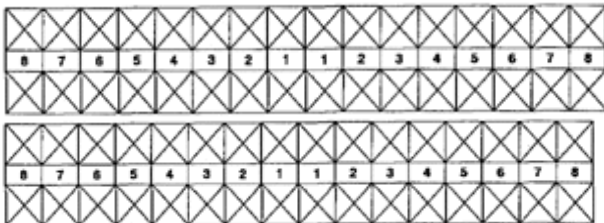
Nombre del menor: _____ Folio: _____
Fecha: ___/___/2016
Edad: _____ años Sexo (F) (M)

Condición dental

Table with 2 columns: Código and Criterio por diente. Codes range from 0 (Sano) to Ex (Diente temporal con extracción indicada).

Large grid for dental examination with numbers 18-84 and 85-94. Includes labels C=, e=, O= on the left and C=, P=, O= on the right.

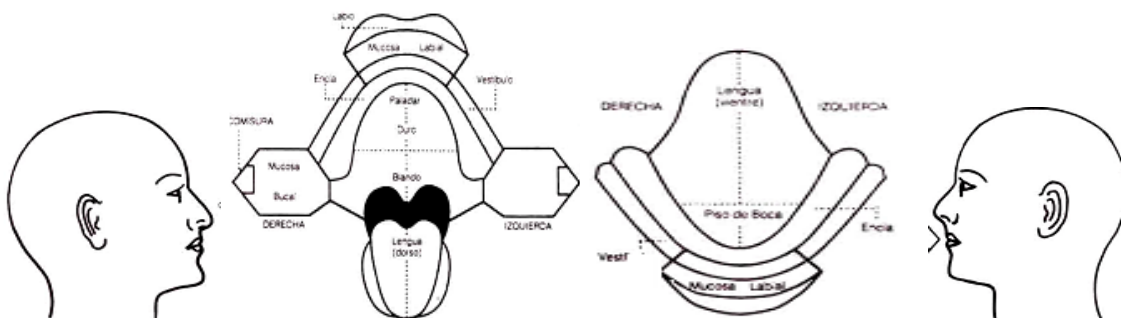
Detección de cálculo dental



Detección de placa bacteriana

No. caras teñidas =
Total de caras =
Porcentaje =

Maloclusión (Anterior) (Si) No (Posterior) (Si) No



Observaciones (Describe la lesión que identifiques)



Calendario de Higiene Bucal

Sigue tus progresos de higiene bucal, marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.
Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



FEBRERO							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							

¡¡felicidades!! Un mes cuidando tu boca

Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.

Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



MARZO							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							

¡¡felicidades!! Sigue así... ya llevas dos meses al cuidado de tu boca



Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.
Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



ABRIL							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							

¡¡felicidades!! Tres meses al cuidado de tu boca ... ¡upii

Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.
Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



MAYO							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							

¡¡felicidades!! Cuatro meses vas muy bien ...

















IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE C.E.P.I 2016.



Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.
Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.




JUNIO							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1 							
2 							
3 							
4 							

¡¡felicidades!! Ya van cinco ... excelente

Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.
Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



JULIO							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1 							
2 							
3 							
4 							

¡¡felicidades!! Que bien ... seis meses



IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE C.E.P.I 2016.



Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.
 Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



AGOSTO							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡¡felicidades!! Cuenta bien son ya siete meses ...

Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.
 Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



SEPTIEMBRE							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡¡felicidades!! Ocho meses... excelente ya casi terminas



IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE C.E.P.I 2016.



Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.
Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



OCTOBRE							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							

¡¡felicidades!! Nueve meses falta menos ...

Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.
Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



NOVIEMBRE							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							

¡¡felicidades!! Cuatro meses vas muy bien ...



IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE C.E.P.I 2016.



Marca con una palomita cuando te cepilles los dientes. Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.



DICIEMBRE							
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Terminaste tu primer año... ¡¡Muchas felicidades!!



Cuida mis dientes por mi.

La placa dentobacteriana es el principal factor de enfermedades bucales por lo que su correcta eliminación es indispensable para la prevención de dichas enfermedades.

TÉCNICA DE CEPILLADO

Existen diversos auxiliares de la higiene oral para mejorar la eliminación de placa dentobacteriana como es: Hilo dental, cepillo interproximal, limpiador de lengüeta, colutorios de Triclosán y spray de Guayónato de Clorhexidina.

Has fuertes e impermeables mis dientes.

Existen diversos métodos para prevenir la aparición de caries que pueden ser aplicados a personas con discapacidad siempre y cuando permitan su aplicación.

El fluor aumenta la resistencia de la estructura dental a los ácidos desmineralizantes.

Fluor Sistémico

Uso Público Uso Personal

Agua Potable y Sal

Fluor Tópico

Pasta Colutorios Barnices
Dentífrica

Uso semanal o uso diario

*El uso de Fluor Tópico no es recomendable para personas con dificultad para escupir.

Los selladores de fisuras y fosetas cubren las estructuras de molares primarios y secundarios así como en premolares.

*Para la aplicación de selladores de fisuras y fosetas existen imbricaciones que ayudan a sellar el espacio dentario.

Nosotros te apoyamos.

Sin duda los aditamentos de higiene oral, así como los auxiliares son importantes para la prevención de enfermedades bucales, el principal apoyo que cuenta Tú pequeño para prevenir estas enfermedades eres Tú, Padre, Madre o Cuidador, mediante la correcta aplicación de técnicas de higiene oral, el seguimiento de nuestras recomendaciones dietéticas y visita periódicamente al odontólogo quien te orientará para lograr una salud bucal adecuada.

Manual para la prevención de enfermedades bucodentales en personas con capacidades diferentes

Recuerda **Sí** no eres Tú ¿Quién?, Si no es ahora ¿Cuándo?

Introducción.

Sabías que en México el 51% de la población presenta algún tipo de discapacidad, (sensorial, motriz, mental o cognitiva) cuyo origen es multifactorial la población sufre, experimentar una mayor dificultad para mantener una higiene oral adecuada, lo cual propicia enfermedades periodontales y la aparición de caries.

Objetivo.

Brindar conocimientos técnicos y prácticos de salud oral a padres y cuidadores de niños con discapacidad, mejorando y promoviendo de esta manera las condiciones bucales de los niños, para evitar futuros tratamientos invasivos.

Mi alimentación.

Las personas con discapacidad comúnmente presentan un alto índice de placa dentobacteriana producida por una dieta blanda con gran cantidad de carbohidratos y azúcares refinados que propicia la aparición de caries y enfermedad periodontal.

Las siguientes recomendaciones alimenticias te guiarán en el trabajo de la prevención:

Frecuencia de comidas al día	El máximo de comidas al día debe de ser de CUATRO.
Cantidad de sacarosa	Se recomienda bajo consumo de alimentos con azúcares.
Características de la comida	Los alimentos ideales son aquellos que favorezcan la masticación y la autocuidado, se debe evitar alimentos pegajosos.
Sustitutos de azúcar	Como el Xilitol y Aspartame los cuales causan una baja producción de ácidos desmineralizantes.
Elementos protectores de la dieta	Las frutas, verduras, sal y agua contiene cantidades de fluoruro que aportan un efecto protector a los dientes. Mientras que los fosfatos, calcio, grasas, proteínas han demostrado tener algunos efectos inhibidores de caries.

Cuida mi boca por mi.

Es importante saber que no existen enfermedades orales propias de personas con discapacidad, sin embargo encontramos en ellas manifestaciones orales comunes como son:

Manifestaciones orales comunes:

- Dificulta higiene bucodental
- Caries dental

Manifestaciones orales más comunes:

- Placa dentobacteriana alta
- Gingivitis
- Enfermedad periodontal
- Inflamación
- Infecciones
- Ecchymosis múltiples

Manifestaciones orales comunes:

- Obstrucción
- Rotura
- Absesión dental
- Hiperplasia dental
- Hemorraja gingival medicamentosa

Manifestaciones orales más comunes:

- Obstrucción
- Rotura
- Absesión dental
- Hiperplasia dental
- Hemorraja gingival medicamentosa

Tríptico diseñado para los padres y cuidadores el cual contiene un resumen de sesiones tratadas durante el programa de salud oral



CIUDAD DE MEXICO OCTUBRE 2016
ENTREVISTA A PADRES DE C.E.P.I

Alumno Segura Espinosa Alejandro Javier

Tutora Mtra. Miriam Ortega Maldonado

Con el fin de conocer la experiencia de vida en cuanto a la discapacidad de su hijo se propone realizar una entrevista para la aportación del tema ¿está de acuerdo en realizar la entrevista?

Preguntas:

¿Quién le dicen de cariño a su hijo?

¿Qué edad tiene?

¿Qué tipo de discapacidad tiene su hijo?

¿Desde qué edad lo diagnosticaron?

¿Tiene más hermanos?

¿Qué edades tienen los hermanos?

¿Cuál es el trato de los hermanos a sí él?

¿Qué recomendaciones se les puede dar a los otros padres que tienen esta situación?

¿Cuál es la dificultad que ha encarado en alguna parte de la vida como padre?

¿Qué es lo que se necesita los padres para criar a un hijo con este tipo de discapacidad?

¿Visita regularmente a su médico?

¿Qué tipo de controles médicos se deben de tener?

¿Visita regularmente al odontólogo?

¿Qué reacción tiene su hijo cuando sabe que va al odontólogo?

¿Qué reacción tiene su hijo ya estando en el odontólogo?

¿Recibe algún premio por tener un buen comportamiento durante la consulta dental?

¿Su hijo realiza preguntas estando en la consulta dental?

¿Por qué razón visito al odontólogo?

¿Qué tipo de tratamiento ha realizado el odontólogo?

¿Quién se realizó algún tratamiento como lo recibió el niño?

¿Qué hace los padres para proteger su boca?

¿Quién le ayuda a su higiene bucal?

¿Ha tenido algún problema bucal?

¿Cómo es la higiene bucal de los hermanos?

¿Qué tipo de actividad es la que más le gusta realizar?

¿Cómo cree que la sociedad los ve o que saben de ellos?

¿Qué mitos se tienen en la discapacidad intelectual?



CIUDAD DE MEXICO OCTUBRE 2016
ENTREVISTA A DIRECTORA DE C .E .P. I

Alumno: Segura Espinosa Alejandro Javier
Tutora Mtra. Miriam Ortega Maldonado
Presentación de la directora de C E P I

PREGUNTAS

- ¿Qué es c e p i?
- ¿Qué tipo de educación se da en c e p i?
- ¿Qué tipo de alumnos maneja c e p i?
- ¿Cuál ha sido la experiencia estando a cargo de c e p i?
- ¿Qué niveles de escolaridad maneja c e p i?
- ¿Qué tipo de capacitación laboral maneja c e p i?
- ¿Cuál es la filosofía de c e p i?
- ¿Qué actividades laborales aprenden en c e p i?
- ¿Cree que los niños con discapacidad intelectual tienen mayor riesgo?
- ¿En qué se diferencia c e p i de otras escuelas?
- ¿Realizan la higiene bucal en el c e p i?
- ¿A detectado algún problema dental en alumnos de c e p i?
- ¿Cuál es la actividad que más les atrae a los alumnos?
- ¿Hasta qué edad están en el c e p i?
- ¿Qué tipo de alimentación llevan a cabo en c e p i?
- ¿Cree que hay aun desconocimiento de la sociedad del tema en los niños con discapacidad?
- ¿Qué es lo que se les puede recomendar a los padres cuando buscan una escuela especial para sus hijos?