

**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A PACIENTES PEDIÁTRICOS EN
CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD VISUAL**



JULY ANDREA CHAUX FLOREZ

HECTOR CAMILO CEPEDA BUENAHORA

SINTHIA YAJAIRA TORRES ALFONSO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ODONTOLOGO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

COLEGIO ODONTOLÓGICO

BOGOTÁ., D.C 2011

**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A PACIENTES PEDIÁTRICOS EN
CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD VISUAL**

INVESTIGADORES

JULY ANDREA CHAUX FLOREZ
HECTOR CAMILO CEPEDA BUENAHORA
SINTHIA YAJAIRA TORRES ALFONSO

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. ÁNGELA SUÁREZ
ODONTÓLOGA- EPIDEMIÓLOGA

ASESOR CIENTÍFICO

DRA. LUZ ELIANA TORRES
ODONTÓLOGA-ODONTOPEDIATRA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO
BOGOTÁ., D.C 2011

DEDICATORIA

A dios por habernos permitido llegara a este momento especial de nuestras vidas, por alcanzar la meta aun con los obstáculos que se presentaron para

La sustentación y culminación de nuestro trabajo de grado.

A nuestros padres por su apoyo incondicional, por su paciencia y comprensión para culminar nuestra carrera profesional, y por inculcar y cultivar

El sabio don de la responsabilidad.

AGRADECIMIENTOS

A la **Institución Universitaria Colegios de Colombia UNICOC** especialmente al **Colegio Odontológico Colombiano**, a las doctoras: Eliana Torres Odontóloga Odontopediatra, Ángela Suárez odontóloga epidemióloga y a la doctora Carmenza Macías odontóloga odontopediatra directora del centro de investigación quienes estuvieron revisando y corrigiendo nuestro trabajo de grado.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
Introducción	10
I. ASPECTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS	
1.1 Planteamiento del problema	15
1.2 Justificación	16
1.3 Propósito-Impacto	17
1.4 Marco Teórico.	18
1.4.1 Definición de Discapacidad	18
1.4.2 Cclasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías	20
1.4.3 Clasificación y Tipos de Discapacidad	23
1.4.4 Características Físicas de Acceso a los Servicios	33
1.4.5 La Clínica Dental	34
1.4.6 Atención Odontológica en Pacientes con Discapacidad Visual	39
1.4.7 Estrategias en Consultorio Dental	40
1.4.8 Datos Epidemiológicos	42

1.4.9 Marco Legal	43
1.4.9.1 Constitución Política de Colombia	46
1.5 Objetivos	48
1.5.1 Objetivo general	48
1.5.2 Objetivos específicos.	48

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 Tipo de Estudio (diseño)	49
2.2 Objeto de Estudio	49
2.3 Criterios de Selección	49
2.3.1 Criterios de Inclusión	49
2.3.2 Criterios de Exclusión	50
2.4 Instrumento Recolección de Datos	50
3. Resultados	51
4. Discusión	54
5. Conclusiones	56
6. Recomendaciones	57

III. ASPECTOS ADMISITRATIVOS

3.1 Referencias bibliográficas

58

3.2 Anexos

3.3 Glosario

INTRODUCCIÓN

La Invidencia se define como la pérdida total o parcial del sentido de la visión. También se denomina ceguera o ablepsia. Existen varios tipos de ceguera dependiendo del grado y tipo de pérdida de visión. La definición de la ceguera varía de un país a otro, no hay acuerdo universal. (1)(2)(3)

El sentido de la visión posee la capacidad de detectar la energía electromagnética dentro de la luz visible por el ojo e interpretar por el cerebro la imagen como vista. La primera parte del sistema visual se encarga de formar la imagen óptica del estímulo visual en la retina (sistema óptico). Esta es la función que cumplen la córnea y el cristalino del ojo. Las células de la retina forman el sistema sensorial del ojo. Las primeras en intervenir son los foto receptores, los cuales capturan la luz que incide sobre ellos. Sus dos tipos son los conos, responsables de recibir las Impresiones luminosas del color y los bastones, responsables de la visión acromática (escala de grises). Otras células de la retina se encargan de transformar dicha luz en impulsos electroquímicos y en transportarlos hasta el nervio óptico. Desde allí, se proyectan a regiones como el núcleo geniculado lateral y la corteza visual del cerebro. En el cerebro comienza el proceso de reconstruir las distancias, colores, movimientos y formas. (3,4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera invidente a quienes presentan una visión menor de 20/400 o 0.05, considerando siempre el

mejor ojo y con la mejor corrección. Se considera que existe ceguera legal cuando la visión es menor de 20/200 o 0.1 en el mejor ojo y con la mejor corrección. También se determina invidencia cuando el campo visual es inferior a 20° grados. La OMS establece 5 categorías que van desde la ceguera total (ausencia de percepción lumínica) hasta la posesión de un resto visual superior a 0'3.

En España, la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) considera ciega a una persona cuando no posee un resto visual superior a 0'1, o cuando tiene una reducción del campo visual por debajo de 35° grados. Lo normal es tener un campo visual de 180° grados. Para efectos académicos se puede clasificar la Invidencia: (5)

- Congénita o Hereditaria & Adquirida
- Parcial & Total
- Dependiendo de las estructuras afectadas y el proceso que se ha interrumpido.

ETIOLOGIA

Enfermedades:

- Cataratas • Glaucoma • Retinopatía diabética • Uveítis • Degeneración macular •

Tracoma

Accidentes y daños:

- Accidentes de tránsito • Accidentes ocupacionales • Quemaduras químicas •

Lesiones en deportes

Defectos genéticos:

- Anoftalmo: Globo ocular no se desarrolla
- Criptoftalmo: Globo ocular aparentemente no existe
- Egaloftalmo: Tamaño anormalmente grande de los ojos
- Albinismo
- Aniridia
- Amaurosis congénita de Leber
- Síndrome Bardet-Biedl
- Microftalmo: Desarrollo insuficiente del ojo.

Envenenamiento

- Químicos como el metanol, encontrado en el alcohol etílico, utilizado por alcohólicos como sustituto económico de la bebida alcohólica, licores adulterados.

Otras Causas

- Malnutrición, deficiencia de vitamina A Rubéola durante el embarazo

EPIDEMIOLOGIA

Las discapacidades de la visión son la condición de discapacidad con mayor prevalencia en Colombia, de cada 100 colombianos con limitaciones, 43.5 tiene limitaciones permanentes para ver, según el censo realizado por el DANE en el año 2005. Seguida por las discapacidades físicas, mentales y psíquicas, cognitivas. (3)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se realiza principalmente de acuerdo con la sintomatología. Es importante establecer la causa primaria, si hay asociación con enfermedades, defectos genéticos, envenenamientos, etc. El examen oftalmológico nos dará información sobre la severidad de la lesión y la agudeza visual, con el Test de Snellen o de Landolt si el paciente no sabe leer. Esto para adaptar lentes correctores si es posible.(6)

MANIFESTACIONES ORALES

No existe ninguna manifestación oral propia de la Invidencia, con frecuencia se presenta la caries dental y la enfermedad periodontal por la dificultad para periodontal se debe realizar una adecuada higiene oral. El bruxismo, como desorden miofuncional, también se relaciona con pacientes con discapacidades, no sólo sensoriales como la invidencia, sino en general cualquier tipo de limitación.(6)

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES INVIDENTES

Sensibilización del Personal El equipo médico-odontológico debe estar capacitado para enfrentar la condición de invidencia, superar el miedo que implica atender un paciente con discapacidad, y tener la disposición para hacerlo.

Es muy importante diferenciar la discapacidad visual de la discapacidad mental, en el momento de entablar una relación con el paciente y sus familiares. (1)

Los pacientes con discapacidades sensoriales, tienden a sobre-estimular sus otros sentidos; las personas con discapacidad visual, sobre-desarrollan el sentido de la audición, del tacto, el olfato y por último el gusto. Es fundamental entender lo que significa para el paciente invidente asistir a una cita odontológica, la vivencia es una experiencia sensorial, involucra todos los sentidos de una manera excepcional. En el diagrama se ilustra como los sentidos no afectados se estimulan durante la atención odontológica, y como algunas técnicas de manejo del comportamiento son difíciles de implementar con pacientes invidentes. (1)(4)

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La atención empieza desde que el paciente llega a la sala de espera, allí se generan sentimientos como la ansiedad, el miedo y cansancio. Por esta razón resulta relevante, planificar las sesiones con el fin de evitar demoras o retardos en la consulta. Es conveniente tener folletos, revistas y avisos escritos en sistema Braille. (2,7,)

I. ASPECTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la organización mundial de la salud (OMS), las dos terceras partes de población en condición de discapacidad, no recibe atención bucodental alguna. Adicionalmente, los estudios recientes muestran que existen deficiencias en el manejo de pacientes que presentan algún tipo de limitación; en estas circunstancias la atención debe ir de acuerdo a la discapacidad (psíquica, física y/o sensorial), que presente el paciente, motivándolo y al mismo tiempo generando así la confianza necesaria. (1)

Se entiende por discapacidad que es falta o limitación de la capacidad de una persona para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal o funcional para un ser humano; se debe tener en cuenta la atención y prestación de servicios. (2)

Los pacientes con algún tipo de discapacidad conocen y entienden como se debe prestar una atención odontológica adecuada, desde el ingreso a consulta hasta el final de la misma. En la actualidad se debe tener normatizadas el acceso a las instalaciones, lo mismo que las unidades y la capacitación del personal. (6,8).

¿Cuáles son las técnicas de abordaje integral de atención odontológica, en pacientes pediátricos con discapacidad visual?

1.2 JUSTIFICACIÓN.

La ausencia de terapias integrales dirigidas a la población en condición de discapacidad, especialmente la población infantil, con algún grado de ceguera.

Se han evidenciado dificultades generales, relacionadas con el acceso al servicio de salud, abordaje en estrategias comunicativas, guías de práctica clínica relacionadas con los pacientes en condición de discapacidad visual en la población general, incluyendo la población infantil.

Se hace énfasis en la población infantil teniendo en cuenta las prioridades de los planes y políticas públicas, donde se considera este tipo de población de gran interés en salud pública.

Recopilar una base de datos de referencias bibliográficas documentando los estudios que se han desarrollado y los avances que han tenido países desarrollados acerca de la población con algún tipo de discapacidad, conociendo las formas de cómo superar impedimentos para realizar la atención. Teniendo en cuenta las limitaciones que se poseen en la actualidad acerca del tema, se debe considerar importante esta recopilación de datos, para dar a conocer lo relacionado con la atención y prestación de un servicio de salud elemental para el desarrollo psicológico y social de pacientes con discapacidad visual.

1.3 PROPOSITO E IMPACTO

Esta investigación tiene como finalidad, dar a conocer los estudios realizados para la atención odontológica de pacientes con algún tipo de discapacidad visual. Conocer cuáles son las limitaciones que se presentan en las clínicas de atenciones odontológicas y cuáles son las que se presentan estructuralmente, para entender la ausencia de la buena salud dental de los pacientes con discapacidad y la apatía de no preocuparse de asistir a consulta odontológica.

Obtener un gran impacto dando a conocer las diferentes alternativas de atención integral para el paciente con discapacidad visual, teniendo en cuenta las barreras arquitectónicas, las recomendaciones y protocolos evidenciados en la literatura científica.

Dar a conocer a los servicios de salud en especialmente al sector odontológico las formas y métodos de atención a pacientes con discapacidad visual, teniendo en cuenta que en la actualidad esta información no se actualiza constantemente, lo cual dificulta la prestación odontológica integral a este tipo de pacientes.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

La definición del sistema para el desarrollo integral de la familia (dif) señala que “discapacidad” es la falta o limitación de la capacidad de una persona para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal o funcional para un ser humano”. (2)

La definición publicada por la organización mundial de la salud (OMS), salud, es un estado de bienestar físico, psíquico y social que implica no solo la ausencia de enfermedad, sino que incluye la relación entre el individuo con una determinada condición de salud y los factores contextuales, medio ambientales que le rodean. (1, 2)

En la población de cualquier sociedad se puede encontrar personas con diversos tipos de minusvalías que dificultan su movilidad en el medio físico. Entre ellas se cita a discapacitados psíquicos, físicos, sensoriales. la discapacidad es un término que denota los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y su entorno, refleja una limitación en la actividad o una restricción en la participación. (3) (4)

La discapacidad infantil es un problema que se incrementa en la medida que se reduce la mortalidad de los niños afectados por condiciones como el bajo peso al nacer, la prematuridad, o las enfermedades crónicas no transmisibles. Las causas, probablemente muchos casos de ceguera se relacionan con las enfermedades infecciosas, la desnutrición y la falta de cuidado de los ojos. (4, 5,6)

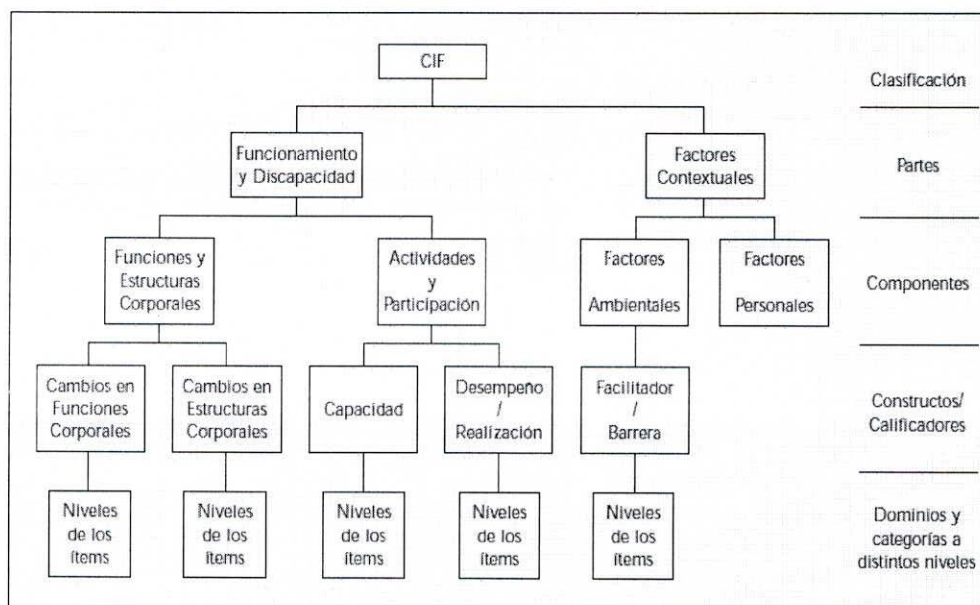
Gran parte de los profesionales cree que la atención odontológica a ciertos discapacitados requiere entrenamiento especial y equipo adicional. ciertamente algún sector de esa población podrá requerir cierto adiestramiento particular aunque en la mayoría de los casos los discapacitados se pueden tratar en un consultorio común por cualquier odontólogo. Estos profesionales deben considerar a las personas discapacitadas como individuos con problemas dentales que tienen además una condición médica particular. La atención eficaz de estas personas implica más un cambio de actitud que de técnica. El odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades. debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal. la prevención es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta para asegurar una buena salud bucal de cualquier paciente. el odontólogo debe percibir

la problemática del individuo en particular y formular un plan individual, así como transmitir a los padres y al paciente como debe llevar a cabo tal programa. (7,9)

1.4.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS (CIDDM) (3)

- la enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. la enfermedad está clasificada por la OMS en su clasificación internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE).
- la deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).
- la discapacidad es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género).
- la minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

- clasificación de funcionamiento y discapacidad.



*()Esta tabla ha sido tomada del texto publicado por IMSERSO de la versión en castellano de la CIF. Página 12.

La primera parte (funcionamiento y discapacidad), a su vez, se subdivide en dos componentes:

a. funciones y estructuras corporales. con dos constructos (como conjunto de calificadores):

I. cambios en las funciones corporales (fisiológico), con sus distintos niveles de dominios y categorías.

II. cambios en las estructuras corporales (anatómico), con sus distintos niveles de dominios y categorías.

b. actividades y participación. con dos constructos:

I. capacidad, como la ejecución de tareas en un entorno uniforme, con sus distintos niveles de dominios y categorías.

II. desempeño/realización (8), como la ejecución de tareas en el entorno real, con sus distintos niveles de dominios y categorías.

La segunda parte (factores contextuales) también cuenta con dos componentes:

a. factores ambientales, entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal (9), y que tiene distintos niveles de dominios y categorías.

b. factores personales, entendidos como la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el impacto de los atributos de la persona.

- visión de conjunto de la clasificación internacional de funcionamiento

Componentes	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones corporales. Estructuras Corporales.	Áreas vitales (tareas, acciones).	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad.	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad.
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos). Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos).	Capacidad. Realización de tareas en un entorno uniforme. Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real.	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.	El efecto de los atributos de la persona.
Aspectos positivos	Integridad funcional, estructural. Funcionamiento	Actividad. Participación	Facilitadores.	No aplicable.
Aspectos negativos	Deficiencia. Discapacidad	Limitación a la actividad. Restricción en la participación.	Barreras/obstáculos.	No aplicable.

1.4.3 CLASIFICACIÓN Y TIPOS DISCAPACIDAD:

Discapacidades Visuales:

Ambliopía

Oscurecimiento de la visión ocasionado por una sensibilidad imperfecta de la retina, sin que se aprecie lesión orgánica alguna. (3,5)

Ceguera

Pérdida de la visión debida a daños producidos en los ojos por traumatismos, enfermedades, desnutrición o defectos congénitos. falta de visión total o disminución muy acusada de la capacidad visual. (3,5)

Glaucoma

Enfermedad de los ojos, a causa del aumento de los líquidos interiores del globo ocular, que produce atrofia de la retina y del nervio óptico, pérdida de visión, dolores intensos y vómitos. (3,5,6)

Hemianopsia

Ceguera en la mitad del campo visual debido a una alteración en el sistema nervioso encargado de procesar la información visual. (3,5)

Retinopatía

Enfermedad que afecta a la retina y puede tener diversas causas. (3,5)

Retinosis pigmentaria

Enfermedad genética hereditaria que provoca la disminución progresiva de la visión. En realidad, son muchas enfermedades distintas que producen los mismos síntomas. se debe a una degeneración de las células de la retina encargadas de traducir la señal luminosa en el impulso eléctrico que llega hasta el cerebro. (3,5)

Discapacidades Físicas (5) (3)

Amiotrofia espinal

Enfermedad genética degenerativa. la degeneración de las células de la médula espinal provoca parálisis. es más grave cuando aparece en los primeros meses de la vida. (3,5,6)

Huntington de corea

Debe su nombre al médico inglés que la descubrió. se trata de una enfermedad neurológica hereditaria, crónica y progresiva, que afecta al cerebro y al sistema nervioso central. Suele presentarse entre los 30 y los 45 años. Espasmos, movimientos involuntarios y lenguaje ininteligible suelen ser los síntomas del comienzo del proceso degenerativo. (5)

Ataxias

Grupo de enfermedades degenerativas hereditarias que afectan al sistema nervioso central, principalmente al equilibrio, la coordinación de movimientos y la voz. Existen alrededor de 70 tipos diferentes. se inician en la infancia y la adolescencia. (5, 7,8)

Ataxia de friedrich

Trastorno neurológico que afecta a la coordinación de los movimientos voluntarios y dificulta las contracciones musculares reflejas necesarias para mantener la postura erguida. Es un trastorno neuromuscular de origen genético recesivo en el que se produce una lenta y progresiva pérdida de funciones de algunas partes del sistema nervioso: fibras de la médula espinal, cerebelo, tronco cerebral, nervios periféricos y sistema piramidal. como resultado de esto, funciones como la coordinación, sensibilidad y en menor medida la fuerza (tono) entre otras, se ven afectadas de una forma parsimoniosa pero inexorable, dificultando la actividad muscular tanto esquelética como lisa. la inteligencia no se ve afectada de modo alguno. Los síntomas suelen aparecer alrededor de la pubertad (entre los 4 y los 15 años), aunque excepcionalmente hay formas de comienzo más temprana (18 meses) y más tardía (25 años). su detección es difícil hasta que no aparecen los primeros síntomas, pues a los ojos de la familia o amigos puede parecer un niño torpe o menos ágil que los demás. por lo tanto es necesaria, tras la sospecha médica, la realización de un conjunto de pruebas y test neurológicos. El cuadro completo incluye incapacidad progresiva para mantener la bipedestación y el

equilibrio, dificultad para la realización coordinada de movimientos, hipotonía o debilidad muscular, dificultad para hablar, con palabra escandida (ritmo anormal del habla). hay también alteración de la sensibilidad posicional y vibratoria. la columna vertebral puede estar afectada (cifoscoliosis) y el pie estar curvado (pie cavo). A veces coexiste miocardiopatía. no existe tratamiento médico global para todo el conjunto de enfermedades o trastornos que puede acarrear la ataxia de friedrich, aunque sí existe tratamiento específico, de carácter preventivo y sintomático, para algunas de ellas. (7,8)

Disfonía

Nombre genérico de un conjunto de enfermedades neurológicas, así como de sus síntomas, que afectan a determinados músculos del cuerpo, y originan contracciones involuntarias sostenidas de tipo espasmódico, torsiones o movimientos desordenados. no afecta a la inteligencia ni a la memoria, pero sí puede provocar ansiedad, angustia y depresión. se llama primaria cuando su causa es desconocida, y secundaria cuando se debe a lesiones en el cerebro, o enfermedades del sistema nervioso, como encefalitis o enfermedad de Wilson (3,5).

Distrofia muscular

Nombre que se da a un grupo de enfermedades que afectan a los músculos, produciendo pérdida de fuerza y, a veces, deformaciones.

Enfermedad de Duchenne

Es un tipo de distrofia muscular progresiva y hereditaria que aparece durante la infancia y la edad escolar y afecta a los varones. El niño tiene dificultades para ponerse de pie y caminar.

Esclerosis lateral amiotrófica

Enfermedad de causa desconocida. Se caracteriza por la desaparición progresiva de las neuronas motoras periféricas. Afecta más al hombre que a la mujer y se presenta como promedio a los 55 años. Aún no hay tratamiento útil para esta enfermedad.

Enfermedad de Parkinson

Enfermedad progresiva que suele aparecer después de los 50 años. Afecta al sistema nervioso y, más concretamente, a las áreas del cerebro encargadas de coordinar y controlar la actividad, el tono muscular y los movimientos. Temblor, rigidez muscular, trastornos de la marcha y del tono muscular son sus manifestaciones más frecuentes. Fue descrita en 1817 por James Parkinson, médico inglés al que debe su nombre.

Esclerosis en placas o múltiple

Enfermedad que afecta al tejido nervioso del cerebro o la médula espinal, especialmente a la sustancia blanca, con degradación progresiva de la mielina. La desmineralización da lugar al endurecimiento del tejido y a la formación de placas.

irregularmente localizadas por el sistema nervioso central. es progresiva, con períodos de recuperación o empeoramiento: los síntomas son muy diversos: parálisis, espasticidad, temblores, alteraciones de la visión, deterioro intelectual, etc. no está claro su origen (se cree que puede ser una infección vírica de evolución lenta y que afecta preferentemente a los jóvenes), desconociéndose también el tratamiento eficaz.

Espina bífida

Se trata de una anomalía congénita cuyo común denominador es un defecto en el desarrollo de la columna vertebral, manifestado por una falta de fusión entre los arcos vertebrales. es decir, la columna está "abierta" en un punto específico localizado entre el cráneo, región occipital y la región sacroxígea de la columna, generalmente en la línea media posterior. Todos estos defectos del desarrollo aparecen por influencias desconocidas, durante la vida del embrión, precisamente cuando se están formando la columna, la médula y sus cubiertas (aproximadamente en la segunda o tercera semana de gestación). La espina bífida no afecta a la inteligencia, al menos no de forma directa. Tampoco es una enfermedad contagiosa y afecta con independencia del sexo, tanto a niños como a niñas. Gracias a los avances de estos últimos años en procedimientos e instrumentos de diagnóstico es posible la detección prenatal de la e.b., aproximadamente, en el segundo trimestre del embarazo. Los trastornos principales, que en líneas generales pueden aparecer son: dificultad o incapacidad para la marcha. Deformaciones esqueléticas de columna, articulaciones y pies,

predisposición a úlceras por decúbito. Problemas de control intestinal y urinario. la hidrocefalia es un trastorno asociado a la e.b. que se da con mucha frecuencia (se calcula en un 85%). si bien la relación entre estas dos anomalías no ha sido clarificada todavía. no está muy claro cuál es la causa que desencadena la e.b. parece ser que radica en una predisposición genética del embrión y una serie de factores externos que actúan de manera combinada. no existe un tratamiento capaz de resolver todas las complicaciones que pueden sobrevenir de esta enfermedad, pues se desconocen los factores que la causan, y en consecuencia, no se puede actuar sobre ellos. sin embargo, es posible prevenir su aparición gracias a la toma por parte de la futura madre de ácido fólico desde la época preconcepcional, al consejo genético y al diagnóstico prenatal. y, si aparece, los conocimientos actuales de la medicina, cirugía, órtesis, permiten controlar las dificultades y complicaciones que se puedan presentar y que en otro tiempo, pusieran seriamente en peligro la vida del niño

Parálisis cerebral

Es la causa más frecuente de minusvalía física en los niños. Puede tener diversas causas y produce alteraciones del tono muscular y el movimiento y, en ocasiones, trastornos sensoriales.

Síndrome de guillan-barré

Síndrome neurológico que afecta a los nervios periféricos, raíces nerviosas y meninges. Se caracteriza por causar trastornos motores graves (debilidad

muscular o parálisis progresivas que comienzan en los miembros inferiores y ascienden afectando a los músculos del tronco y a las extremidades superiores), alteraciones sensitivas leves y aumento de los niveles de albúmina en el líquido cefalorraquídeo. su duración es variable, entre semanas y meses, y la curación puede llegar a ser completa. se desconocen las causas que lo producen. Su mayor peligro es la parálisis respiratoria y la parada cardiaca, que ocurre raramente.

Discapacidad Mental (5,3)

Autismo

Trastorno mental caracterizado por el aislamiento del individuo ante cualquier acontecimiento del entorno, la dificultad para relacionarse con los demás, las alteraciones graves del lenguaje (mutismo, atraso en la adquisición del lenguaje verbal) y la conducta, apariencia física normal e insistencia obsesiva en mantener el entorno sin cambios. es cuatro veces más frecuente entre los varones. En el 60 por ciento de los casos, los afectados padecen deficiencia mental asociada.

Alzheimer

Enfermedad de proceso degenerativo y progresivo de las neuronas por causas aún desconocidas. no se puede curar pero, tratado en los primeros estadios, su evolución puede ser más lenta. Produce trastornos de la marcha, pérdida de

memoria, deterioro físico y mental. suele afectar a personas de más de 60-65 años.

Síndrome de Prader - Willi

Defecto de nacimiento, no hereditario. Produce escaso tono muscular, baja talla, apetito insaciable y obesidad patológica (si no se controla), deficiente desarrollo sexual y grado variable de deficiencia mental.

Síndrome de Down

Alteración genética en el par 21 que presenta tres cromosomas (trisomía 21). Las madres de edad avanzada tienen más posibilidades de tener un hijo con este trastorno. ocasiona un retraso mental que varía desde leve a grave y se asocia además con características faciales propias: estatura baja y cabeza pequeña, redondeada; frente inclinada; orejas de implantación baja; ojos sesgados arriba y afuera, boca abierta, lengua grande y fisurada, dedos meñiques cortos y curvados hacia adentro; manos anchas con surco transversal en la palma. a veces se detectan anomalías congénitas del corazón, en el tabique que separa los lados izquierdo y derecho. En algún caso aparece hacia los 40 años demencia prematura tipo Alzheimer

Síndrome del cromosoma X frágil

También llamado síndrome de Martín & Bell, es la primera causa de retraso mental hereditario. se trata de un síndrome desconocido para la población en

general, y no bien conocido por la mayoría de profesionales relacionados con la salud y la educación. Su diagnóstico suele ser tardío y a veces erróneo (a menudo se confunde con el autismo). En 1992 se desarrolló un test basado en el ADN para diagnosticar tanto a portadores como a afectados por este síndrome. Las características físicas típicas que presentan las personas con cromosoma x frágil son: cara alargada, orejas grandes y/o separadas, estrabismo, paladar ojival, laxitud articular y prolapso de la válvula mitral, (regurgitación de la sangre a través de la válvula durante la sístole). Estos rasgos no están presentes en todos los casos ni con la misma intensidad. Así, las mujeres son menos fáciles de identificar por estos rasgos físicos. Las características de conducta más frecuentes en los varones son: hiperactividad, trastornos de atención, timidez extrema, evitación de la mirada, lenguaje repetitivo, estereotipias con aleteos o morderse la mano, angustia, hipersensibilidad a los estímulos, resistencia a los cambios, etc. en las mujeres: angustia, timidez y dificultades en áreas como las matemáticas. Hoy por hoy, no existe un tratamiento médico curativo, pero sí tratamientos paliativos de alguno de sus síntomas. Por una parte tratamiento médico, de cara a mejorar determinados problemas físicos y, por otra parte, educativo, adaptado a las necesidades y habilidades de cada individuo. Ambos han de comenzar lo antes posible.

Discapacidades Auditivas (5)

Hipoacusia

Pérdida de sensibilidad auditiva que puede obedecer a diversas causas. se considera profunda cuando la pérdida es superior a 90 decibelios; severa, si la pérdida se sitúa entre 70 y 90; y media, entre 40 y 70 decibelios.

Sordera

Pérdida de sensibilidad auditiva superior a 90 decibelios. Hoy se considera también sordera el hecho de no comprender el habla o no tener la capacidad suficiente para reaccionar de forma lógica a los sonidos del entorno.

1.4.4 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS

Los accesos a la clínica y entorno de la clínica.

Proporcionar a las personas discapacitadas una buena asistencia odontológica se está convirtiendo en los últimos años en una necesidad admitida en todos los niveles de nuestra profesión. Para conseguirlo, se hace indispensable que tanto nuestras consultas como el entorno de las mismas, presenten unas características mínimas necesarias que aseguren la accesibilidad del colectivo de personas discapacitadas, de manera que se les pueda ofrecer los mismos servicios de asistencia odontológica que al resto de la población. Por entorno de la clínica se

entiende los medios de transporte, tanto públicos como privados, el mobiliario urbanístico (aceras y obstáculos en la vía pública) y el interior del edificio donde se encuentra la clínica; todo ello condiciona el acceso a la misma. en el entorno el papel que puede jugar el odontólogo en la eliminación de las barreras arquitectónicas es nulo, ya que se encuentra en su mayoría regulado por leyes estatales, regionales e incluso locales. Existe multitud de reglamentación que intentan asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad a las prestaciones sociales básicas. Otras soluciones más leves son las de realizar rampas donde existan peldaños. En estos casos se ha de tener la precaución de dar suficiente amplitud a la rampa y evitar cortes laterales sin proteger con barandillas y rodapiés. Las rampas estarán pavimentadas con materiales duros y antideslizantes. (1,9,10)

El difícil acceso de las personas con discapacidad en los alrededores de UBS, también corrobora la declaración de otros autores según la cual la accesibilidad urbana es a menudo impregnado de las relaciones entre los objetos que tienen a menudo simbólica y emocional de gran carga para los usuarios de ese espacio, que es capaz de estimular, presionar, o incluso poner en peligro el bienestar de las personas que utilizan este espacio. (1,9,10,11)

1.4.5 LA CLÍNICA DENTAL (1,3, 9,10,11)

Los principales elementos que se debe tener en cuenta al diseñar una clínica accesible son:

- Puertas: la anchura mínima no será menor de 0,80 m, en ningún caso. los mecanismos de apertura serán, a excepción de la puerta principal, de manivela u otro sistema fácilmente asible u accionable. si la manivela es tubular con el final doblado, es más difícil que se enganche la ropa al pasar junto
- Pasillos los anchos de los pasillos nunca deberían ser inferiores a 1,20m. para que pudiera cruzarse en el pasillo otra persona además del paciente que va en silla de ruedas, aunque puede aceptarse 0,90m de ancho. lo ideal sería pasillos de 1,50 m de ancho para que el paciente en silla de ruedas pudiera darse la vuelta; una solución sería la posibilidad de dar la vuelta en la sala de espera o en recepción. se tendrá muy en cuenta evitar la colocación de mobiliario decorativo o extintores en zonas donde no permita el acceso a la silla de ruedas o el giro de la misma. disponer de pasamanos en los pasillos facilita el caminar a pacientes de la tercera edad, ciegos y en general a cualquier persona que presente dificultades de ambulación. estos pasamanos deben ser continuos, salvo cuando atraviesen una puerta u otro elemento similar y deben situarse a ambos lados. un tipo habitual de pasamanos es el tubo de 4 cm de diámetro, separado de la pared otros 4 cm y sujeto mediante garras en forma de I, de manera que no interrumpan el deslizamiento de la mano sobre el pasamano. también es conveniente que el color de este elemento contraste con el de la pared.

- Pavimento el pavimento interior de la clínica será duro, antideslizante en seco y en mojado, sin elementos sueltos o resaltes. tampoco son adecuados los pavimentos excesivamente rugosos, ya que éstos son un obstáculo para las personas mayores y los pacientes que arrastran los pies al caminar. los suelos de piedras naturales, en general tienen el mismo tipo de ventajas e inconvenientes; los cerámicos deben vigilarse en sus cualidades antideslizantes y pueden servir para realizar combinaciones con otros formando bandas señalizadoras. también existen los de pvc, caucho y otros materiales sintéticos con una gran variedad de texturas y colores. son pavimentos blandos y cálidos, lo que los convierte en adecuados para clínicas odontológicas geriátricas.
- Aseo adaptar una clínica supone hacer accesibles todos los espacios que puedan ser utilizados por los pacientes. por los que se diseñan ajustando el espacio al mínimo necesario. los elementos imprescindibles en un aseo son el inodoro y el lavabo aunque podemos encontrar adicionalmente otros elementos auxiliares. el inodoro más adecuado es de los que se cuelgan de la pared, ya que permiten una gran maniobrabilidad y además facilitan la limpieza. los inodoros que se apoyan en el suelo son perfectamente válidos siempre que se disponga de espacio suficiente de maniobra. respecto a la altura a que debe situarse el nivel de asiento, como norma general es la de la silla de ruedas. el sistema de accionamiento de la cisterna será sencillo, siendo muy recomendables los sistemas que se accionan apoyando simplemente la mano.

existe gran variedad de elementos de ayuda para realizar la transferencia de la silla de ruedas a la taza. el más estándar de estos elementos es la barra de tres puntos de anclaje y la barra abatible. la barra fija, que se sitúa entre el inodoro y la pared lateral más cercana, es la que suele ser más eficaz para la transferencia, recibiendo todo el peso de la persona que pasa de la silla de ruedas a la taza, por lo que es fundamental que los anclajes de la barra sean lo suficientemente fuertes para que resistan el paso del tiempo. la barra abatible, se suele utilizar una vez realizada la transferencia para apoyar y sujetarse con el brazo, aunque si se realiza frontalmente, sirve también como elemento de apoyo, por lo que interesa que sea lo más rígida posible. el lavabo debe cumplir asimismo una serie de requisitos. su instalación no debe tener pies de apoyo, para que permitan el acercamiento frontal. la grifería deberá poder accionarse con facilidad por lo que se recomienda sistemas mono mando de palanca larga. los espejos deben prolongarse hasta el propio lavabo, para que puedan ser útiles a cualquier paciente. en general, todos los accesorios del baño deberán ser alcanzables desde una posición determinada, a ser posible evitando la realización de giros superiores a 90' en el caso de estar sentado. entre los elementos auxiliares más importantes, se destacan, el portapapeles; alguna de las barras de transferencia que se ofrecen en el mercado llevan incluido este elemento. la ubicación más acertada es la parte inferior de la barra, donde no moleste al agarrarse para realizar la transferencia. será necesaria una correcta señalización que oriente a los pacientes sobre la

ubicación del aseo. el pavimento como en las otras zonas de la clínica, ha de ser duro, antideslizante y sin resaltes o rugosidades excesivos.

- Gabinete Dental al igual que en el aseo el espacio libre mínimo que deberá encontrarse en el gabinete es de 1'50m para permitir el giro completo de un paciente en silla de ruedas. el lugar en el que se va a tratar al paciente dependerá de la posición que este tenga que adoptar. en el caso de que se le pueda aplicar el tratamiento en una posición erguida, mantendremos al paciente en su silla de ruedas, acercando el foco de luz y las mangueras de la aspiración y la turbina a él. es por ello muy importante que se disponga de instrumentos móviles que permitan su desplazamiento hasta el paciente. sin embargo, cuando se requiera una posición inclinada, se trasladará al paciente al sillón dental, mediante la ayuda del dentista y el auxiliar o bien empleando como barra de transferencia el propio reposabrazos del sillón. los niveles de iluminación en toda la clínica no serán inferiores a 300 lux. además debe ser uniforme, aunque es conveniente resaltar algunos elementos como las señalizaciones.

1.4.6 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL.

los problemas de salud bucodental en pacientes con discapacidad visual se ven exacerbados debido a que no están en posición de identificar alguna patología en etapas tempranas y por lo tanto tomar acciones para solucionarla. es importante que el odontólogo pediatra acepte al niño ciego con una actitud positiva, en lugar de enfatizar la discapacidad, deberá incorporar los sentidos restantes del mismo al plan de tratamiento, que no sólo se enfocará a la rehabilitación bucodental sino también comprenderá un programa preventivo de salud dental. dicho programa exige que junto con la enseñanza de las técnicas para el aseo bucal en casa, se establezca un plan educativo donde el niño aprenderá cuáles son los tejidos que conforman a los dientes y el proceso evolutivo de la caries, los beneficios que reportan los procedimientos de higiene bucal adecuada y la necesidad de una correcta nutrición. pero, ¿cómo enseñar a estos pacientes?, si la mayoría del material a nuestro alcance es de tipo audiovisual. por lo tanto es importante establecer un programa que se apoye en el tacto. (2,6,8)

El objetivo de una buena consulta odontológica en pacientes con discapacidad visual es presentar material didáctico táctil que tiene dos funciones principales: la primera, es reducir el estrés del paciente, ya que a través del mismo se explicarán los procedimientos de operatoria dental, y la segunda, es cumplir con la parte educativa de nuestro programa preventivo. Esto nos permitirá proporcionar

técnicas de cepillado, explicar la anatomía dental, así como la importancia de la higiene oral en la prevención de caries y otras patologías. (2,13,14)

1.4.7 ESTRATEGIAS EN CONSULTORIO DENTAL

Los problemas de salud bucodental en personas con discapacidad visual se ven exacerbados, debido a que estos pacientes no están en posición de identificar alguna patología en etapas tempranas, si a esto, sumamos que sea incapaz de tomar una acción inmediata como en el caso de un paciente pediátrico, las consecuencias pueden reflejarse a largo plazo. en un estudio realizado en el 2001 por Schembri a. a personas de la tercera edad con alguna discapacidad visual y cuyo objetivo era identificar los problemas experimentados con respecto al mantenimiento de su salud bucodental y la necesidad de buscar tratamiento. se destaca que más del 80% no consideraba necesaria la ayuda para cepillar sus dientes o mantener limpia sus prótesis dentales, aunado a que casi el mismo porcentaje tampoco consideraba necesarias las revisiones bucales habituales aun cuando más del 20% presentaba alguna odontalgia o problemas con sus prótesis, sumado a otras patologías. Estos pacientes pusieron como barreras al tratamiento dental: imposibilidad de asistir al consultorio, el costo, alguna enfermedad sistémica y el miedo. Es por eso que nuestra obligación como odontólogos peditras es no sólo rehabilitar al paciente, sino también educarlo con respecto a

cómo mantener su salud bucodental y qué mejor que iniciar este proceso de enseñanza–aprendizaje desde la infancia.

El término táctil no se limita a la información sensorial proveniente del contacto de la mano o los dedos. el acto de tocar tiene más de una dimensión. el tacto tiene al menos cuatro componentes principales: 1) duración; 2) intensidad (presión); 3) extensión, y 4) estabilidad (lateralidad). para asegurarnos que la información que le proporcionemos a nuestro paciente a través del material didáctico no se quede sólo en eso, debemos apoyarnos en cuatro de los más importantes principios del aprendizaje. 1) principio del reforzamiento, que como su nombre lo indica, el organismo aprende las conductas que le reportan consecuencias agradables, o dicho de otro modo, las conductas que le son recompensadas. 2) principio de la actividad prepositiva, nos dice que para que una conducta sea aprendida no basta con realizarla sino que es necesario llevarla a cabo en forma intencionada, por ejemplo es más fácil memorizar una canción si se tiene la intención de hacerlo que por el simple hecho de repetirla mientras se transmiten por la radio. 3) principio de la organización por configuraciones globales, el aprendizaje se logra cuando la persona logra reorganizar en su mente los elementos de una información, adecuándolos a su propia estructura mental, es aquí donde debemos estructurar la información proporcionada por el paciente, de modo que se adapte a su estructura mental, así como también el medio a través del cual se proporcionará; en este caso se trata del tacto, por lo que este detalle en los medios táctiles es de suma importancia. 4) principio de retroalimentación, es

donde el paciente no sólo recibe la indicación de que su respuesta estuvo mal, sino que también se le indica el porqué; o en el caso contrario, además de confirmar la respuesta se subrayan los detalles que debió tomar en cuenta. (2, 4,6,8,15,16,17)

1.4.8 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

- La organización mundial de la salud (OMS), indica 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 de cooperación. (3,5)
- América Latina y el Caribe al igual que en gran parte del mundo en desarrollo, el conocimiento detallado sobre las causas de la discapacidad en América latina y el caribe (alc) es limitado. los datos cuantitativos son incompletos, en gran medida limitada por las estimaciones divergentes sobre la base de censos y encuestas algunos resultados. además, existen grandes variaciones intra e inter-país se derivan de la utilización de diferentes definiciones y métodos. por ejemplo, la tasa de prevalencia

reportada en las encuestas de hogares y censos varió de 1,2% en Colombia al 13,1% en Perú y 13,2% en Ecuador. A mediados de la década de 1990 hasta el año 2000, las tasas de prevalencia de discapacidad siguientes se registraron en la región: Chile 4,3%; de Colombia el 1,2%, Costa Rica el 9,3%, el Salvador 1,6%, México 2,3%; y Paraguay un 1,0%.
(19)

- Las discapacidades de la visión son la condición de discapacidad con mayor prevalencia en Colombia, de cada 100 colombianos con limitaciones, 43,5 tiene limitaciones permanentes para ver, según el censo realizado por el DANE en el año 2005. Seguida por las discapacidades físicas, mentales y psíquicas, cognitivas.(3,5,18)

1.4.9 MARCO LEGAL

En este sentido el programa de acción mundial para las personas con discapacidad, que patrocina Naciones Unidas nos propone tres líneas de actuación: prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades. Esta última supone la posibilidad de que las personas con discapacidades puedan participar sin trabas externas en la vida colectiva, en sus diferentes manifestaciones y ámbitos (lo que incluye el derecho a la salud bucodental); por lo que exige suprimir

y evitar las barreras físicas. según se explicita en dicho programa: "se alienta a los estados miembros a que adopten una política que garantice a las personas con discapacidad el acceso a todos los edificios e instalaciones publicas nuevas, viviendas y sistemas de transporte públicos. Además, siempre que sea posible se han de adoptar medidas que promuevan la accesibilidad de los edificios, instalaciones, viviendas y transportes públicos ya existentes, especialmente aprovechando las reformas.". el programa de acción mundial para las personas con discapacidad, el cual tiene como propósito promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad, para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social. el programa le da relevancia a la implementación de acciones pendientes que permitan proteger la salud y el funcionamiento de las personas, reconociendo en ello la importancia de las medidas de intervención en salud. (11,18,19)

Las personas con discapacidad están expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social que les impide ejercitar sus derechos y libertades al igual que el resto, haciéndoles difícil participar plenamente en las actividades ordinarias de las sociedades en que viven. En las 2 últimas décadas el enfoque hacia las personas con discapacidad ha cambiado, dejando atrás el enfoque médico, asistencial o caritativo para comenzar a ser vistas como sujetos portadores de derechos. (20,21)

La constitución colombiana en el artículo 47 menciona que: “el estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”, de esta manera toda la sociedad está en la obligación de garantizar el bienestar de los discapacitados y más en el ámbito de salud, es por esta razón que se han establecido leyes que defienden los derechos fundamentales de los discapacitados, amparan y crean mecanismos para integrarlos socialmente como es el caso de la ley 361 de 1997, sin embargo y pese a la creación y aprobación de estas leyes, es notable ver que en la práctica y aplicación de las mismas, no se ha avanzado, puesto que en la mayoría de casos se ha negado principalmente el derecho a la igualdad, equidad y no discriminación. (7,21)

Convención sobre los derechos del niño, ratificado por Colombia mediante la ley 12 de 1991.resolución 44/25 de1989. Asamblea general de la organización de las naciones unidas. En el que damos importancia al artículo 24. Donde se reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Firma del decreto 2737 de noviembre 27 de 1989. Por el cual se expide el código del menor y al que le damos importancia al artículo 9, en el que menciona el derecho a la atención integral de los niños con limitaciones. (21)

1.4.9.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

TÍTULO II CAPÍTULO 1

DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN NUESTRA CONSTITUCIÓN

ARTICULO 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. el estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

ARTICULO 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.

ARTICULO 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

ARTICULO 47. El estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

PROYECTO DE LEY No. 96 / 02

Proyecto de ley por medio del cual se establece la estructura y organización de la confederación colombiana de personas con discapacidad – ccpd (21)

1.5 OBJETIVOS

1.5. 1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar las limitaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud odontológica a pacientes con discapacidad visual y su posible manejo integral, con base en la evidencia científica.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las diferentes barreras relacionadas con el acceso integral a los servicios de salud, por parte de la población en condición de discapacidad visual.
- Determinar las estrategias de manejo integral, implementadas actualmente en la población infantil, en condición de discapacidad.

II. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

- Revisión de la literatura

2.2 OBJETO DE ESTUDIO.

- Manejo odontológico integral en pacientes pediátricos en condición de discapacidad visual
- Material objeto de estudio: artículos científicos publicados en el periodo 2005-2011

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 CRITERIOS INCLUSIÓN:

- Artículos del año 2004 al 2011.
- Artículo que menciones población de 0 a 14 años, con discapacidad visual (genética)
- Idioma: español, inglés, portugués.

2.3.2 CRITERIOS EXCLUSIÓN:

- Artículos que referencien población con un tipo de discapacidad diferente a la visual
- Artículos que hagan mención a la discapacidad visual adquirida.

2.4 INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se realizo una búsqueda manual y electrónica del tema, empleando las bases de datos EBSCO, PUBMED y SCIELO.
- Se recolectaron 50 artículos, teniendo en cuenta los criterios de selección y de exclusión.

3. RESULTADOS

De los 50 artículos científicos revisados; él 42% define la discapacidad visual como la *objetivación* de la deficiencia en el sujeto con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género). El 30% evidencio que las barreras arquitectónicas representan una limitación para pacientes con discapacidad visual. el 28% implemento metodologías didácticas para la prestación integral de salud oral a pacientes pediátricos con discapacidad visual.

(1) (2) (4)

En la población de cualquier sociedad se encuentra personas con diversos tipos de minusvalías que dificultan su movilidad en el medio físico. entre ellas se cita a discapacitados psíquicos, físicos, sensoriales.

La discapacidad es un término que denota los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y su entorno, que refleja una limitación en la actividad o una restricción en la participación. (2) (4)(23)

Se encontró que la discapacidad infantil es un problema que se incrementa en la medida que se reduce la mortalidad de los niños afectados por condiciones como el bajo peso al nacer, la prematuridad o las enfermedades crónicas no

trasmisibles. La discapacidad visual infantil se relaciona con las enfermedades infecciosas, la desnutrición y la falta de cuidado de los ojos. (4) (6)

En cuanto a las barreras arquitectónicas se presentaron limitaciones para este tipo de pacientes, relacionándose la arquitectura urbana con la infraestructura de los centros prestadores de salud; encontrándose como principal limitante en un 100% la ausencia de señales de tránsito con botones en sistema braille, sonidos o figuras en alto relieve, seguido a esto hace referencia a los principales elementos para la conformación de un centro prestador de salud, donde se mencionó como falla principal el acceso y la señalización, entendiéndose como acceso rampas, puertas y personal. (2) (10) (11) (24)(25)

En relación a las estrategias de atención, la literatura evidencia propuestas didácticas que consistieron en refuerzos positivos. Adicionalmente, consultas sucesivas donde la primera cita se debe tener como objetivo principal, tranquilizar y controlar el nivel de estrés y ansiedad del paciente pediátrico. en la segunda cita sugiere sensibilizar al paciente con los elementos que hacen parte del consultorio, para estar en capacidad de tomar el control del comportamiento del paciente y de esta manera realizar una consulta integral. se contemplaron los principios de educación que consisten en recordarle al paciente lo que debe hacer, como se debe hacer y cuantas veces se debe hacer, por ejemplo el cepillado, se debe tener presente el principio de retroalimentación que consiste en decirle cuando está mal hecho y decirle el por qué y corregir la acción. (3) (7) (8) (9) (14)

Las ayudas más frecuentes en la atención de pacientes pediátricos con discapacidad visual, son ayudas didácticas; según Roberto c. y col presentan la técnica de decir, tocar y hacer, para bajar el nivel de estrés de los pacientes y de los padres, aparte de esta técnica, se implementa el uso de un tono bajo de voz y no se hace restricción física por lo contrario se llega a la conclusión de aplicar refuerzos positivos. (6,26,27)

4. DISCUSIÓN

de acuerdo con los estudios realizados por c. García, a. Sánchez, OMS en 2004, realizan una clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM); en la cual indica que discapacidad es la objetivación de una deficiencia, y afirma que deficiencia es la exteriorización de una enfermedad, donde esta es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de trastorno o accidente. Sin embargo en el estudio realizado por Mateos j. moreno m. Morenoy s. barquero j. en el 2006 junto con la OMS agregan que las enfermedades surgen a partir de una anomalía biológica subyacente y que, aun habiendo otros factores que pudieran influir en sus consecuencias, su implicación en el desarrollo y en la manifestación de la enfermedad es escasa. ha integrado los diversos modelos existentes de salud y discapacidad con un lenguaje internacional consensuado y sistematizado para la descripción del funcionamiento de los individuos.

En relación a las dificultades de acceso a los servicios, las barreras arquitectónicas urbanas no son tomadas en cuenta por los profesionales del sector salud, se limitan a poseer una infraestructura clínica con altos estándares de calidad sin tener en cuenta el desplazamiento de los pacientes, según sátiro i. y col en 2010, lo que contradice el estudio realizado por Mulvihill b. y col en 2007 el cual realizo una encuesta a padres y personas encargadas del cuidado de pacientes con algún tipo de discapacidad acerca de los accesos a servicios y

prestación de servicios, llegando a la conclusión de que el 73% de la población infantil con discapacidad dice poseer un buen servicio de salud, teniendo en cuenta que la población que no se encuentra conforme con la prestación de servicios de salud es principalmente por las limitaciones que poseen para el desplazamiento, convirtiendo de esta forma a las barreras arquitectónicas urbanas como la principal causa de inconformidad y no las barreras de acceso.

Los estudios realizados por Roberto c. en 2006, muestran que la parte práctica y didáctica de las consultas son las que mejor recuerdan los pacientes pediátricos, tomando principios del aprendizaje, esto lo re afirma Pabhakar a, Marwah n. en 2007 donde implementan nuevas técnicas de audiovisuales y de audio según el tipo de discapacidad para el manejo de la ansiedad de los pacientes.

5. CONCLUSIONES

Se debe tener en cuenta a todo tipo de pacientes a la hora de prestar un servicio de salud, para la atención de pacientes pediátricos debemos tener en cuenta sus necesidades a sí mismo como sus discapacidades para poder brindar el mejor servicio y llegar a satisfacer las necesidades de los pacientes y de los padres.

Las estrategias para la prestación de servicios son la principal ayuda junto con los materiales didácticos, para educar y adecuar a los pacientes pediátricos que presentan algún nivel de estrés y poder sensibilizar a este tipo de pacientes.

Se presenta una gran dificultad para encontrar literatura reciente acerca del tema, los estudios realizados se basan en la satisfacción de los padres y se encuentran pocos estudios acerca de las estrategias y ayudas que se deben utilizar en la consulta, la mayoría de estudios se enfocan a la consulta de los cuidadores o de los padres acerca de los sistemas de salud, por ello la búsqueda presenta un poco de dificultad.

Después de la revisión de la literatura, los centros de salud no cuentan con una infraestructura adecuada para prestar un servicio integral a pacientes con algún tipo de discapacidad visual, estos pacientes tienen derecho a acceder a la prestación de servicios de salud, se debe tener en cuenta las barreras y limitaciones físicas y arquitectónicas del entorno y de la clínica misma.

6. RECOMENDACIONES

Recomendamos diseñar y ejecutar programas para la atención y prestación de servicios integrales de salud odontológica en pacientes pediátricos con algún grado de discapacidad, llegando a formar una infraestructura adecuada para el acceso a la clínica de este tipo de pacientes.

Crear una conciencia en la comunidad estudiantil, acerca de la atención integral y formas didácticas que existen para la atención de pacientes pediátricos con algún grado de discapacidad visual.

III ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asensio. L, Silvestre. J, López. J, Accesibilidad en las clínicas odontológicas. Eliminación de barreras arquitectónicas. Rev. Oficial del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la III región (vale); 48 (1)
2. Hernando. L, Salvatico. L, Gómez. B, Zanotti. A, Femminella. Y, Diseño y Elaboración de herramientas de apoyo educativo en salud bucal destinada a personas con discapacidad visual. U.N.C. III foro de extensión universitaria eje temático.
3. García. C, Sánchez. A, Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad OMS (Murcia) Nov. 2001; 18
- 4) Hernando. L, Salvatico. L, Gómez. B, Zanotti. A, Femminella. Y, Diseño y Elaboración de herramientas de apoyo educativo en salud bucal destinada a personas con discapacidad visual. Rev. Cubana Estomatológica 1987; 24(1):59-66
- 5) Mateos. J, Moreno. M, Morenoy. S, Barquero. J, Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica Med Clin (Barc). 2006;126(12):461-6

- 6) Bhavna. S, Gary. R, Gary. D, Susan. T, Las percepciones de los padres de la salud oral de sus niños en edad preescolar. *j am Dent assoc* ; (136) 3 :364-372
- 7)Roberto. C, Trejo. M, Morales. P, Propuestas didácticas en el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual. *Revista ADN* 2006;lxiii(5):195-199 195.
- 8) Constitución Política de Colombia título I pag. 14 artículo 15, Titulo II, Capitulo I de los derechos fundamentales artículos 13, 16, 25, 47, 49.
- 9) Denboba. D, Merle. G, Kennedy. M, Strickland. B, Newacheck. W, El logro de familia y asociaciones de proveedores para niños con necesidades especiales. *Pediatría* Oct 2006; (118):4 pp 1607 -1615 (doi: 10.1542/peds.2006-0383).
- 10)Edwards, D. Feliz A. Discapacidad parte 3: Mejorar el acceso a las prácticas dentales en Merseyside. *British dental Journal*) Published online Sep 2002; 193:317 - 319 (|doi:10.1038/sj.bdj.4801554)
- 11) Al Agili. D, Roseman. J, Pass. M, Thornton. J, Chavers. L, El acceso a la atención dental en Alabama para niños con necesidades especiales. *j am Dent assoc*;(135) 4: 490-495.
- 12) Edwards. D, Discapacidad parte 2: El acceso a servicios dentales para personas con discapacidad. una encuesta de las prácticas dentales en Merseyside. *British dental Journal*, Sept 2002; 193, 253 - 255 (2002) Published online: | doi:10.1038/sj.bdj.4801538

- 13) Souza. M, Monteiro. P, D'ávila. S, Pina. G, Diógenes. R, Evaluación de la condición oral de las personas con discapacidad visual que asisten al instituto de ciegos de Paraíba. Rev. odonto ciênc. 2009; 24(4):354-360.
- 14) Álvarez. L, Análisis de la calidad de la atención al niño con discapacidad en el municipio Camagüey. Revista archivo médico de Camagüey 2008 (12) :2
- 15) Heather. B, Mayer. M, Rozier. G, Utilización de atención dental y gastos en niños con necesidades especiales. J am Dent Assoc, (140) no 9:1147-1155.
- 16) Harrell. D, Manejo de pacientes pediátricos poco cooperativo. American dental Association 2003.
- 17) Martignon. S, González. C, Santamaría. R. Liévano. S, Muñoz. Y, Moreno. P, Salud oral taller dirigidos a padres y cuidadores de niños 0-5-años edad: efecto sobre los conocimientos y prácticas. The Journal of Pediatric Dentistry 2006; (31) : 2.
- 18) Ministerio de protección social decreto 3039 del 2007 plan nacional de salud pública, por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010.
- 19) Organización mundial de la salud. plan de acción para las personas con discapacidad 1995. 2000 inmerso.
- 20) Naciones unidas. programa de acción mundial para las personas con discapacidad. 1982. párrafos 112, 113 y 114.
- 21) proyecto de ley clopatosky. ley 361/97

- 23) Homburg. L, McPherson. M, Strickland. B, Gage. J, Newacheck. P, Garantizar un seguro médico adecuado: resultados de la encuesta nacional de niños con necesidades especiales. *Pediatrics* 2005; (115). 5: pp. 1233 -1239 (doi: 10.1542/peds.2004-1503).
- 24) Córdoba. L, Gómez. J, Verdugo. M, Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *univ. psychol. Bogotá, Colombia* 2008 ;(7) : 2 pp. 369-383 issn 1657-9267.
- 25) Debra. S, Ghandour. R, McGwire, E. Strickland. B, Newacheck. P, Planificación de la transición de cuidado de salud: resultados de la encuesta nacional 2005-2006 de niños con necesidades especiales. *Pediatrics* vol. 2009;(123) : 1 pp. e145 -e152 (doi: 10.1542/peds.2008-1298).
- 26) Macek M. Mark L. Goodman S. Michael C. Marrazo D. Visitas al dentista y el acceso a la atención dental en escolares de Maryland. *j am Dent assoc*,2005 (136) 4: 524-533.
- 27) Smitley G, Barry H, Perlman P, Ocanto A. América latina y el Caribe escuelas dentales: enseñanza sobre necesidades especiales. *Rev. panamá salud pública*. 2009;25(4):322-7.

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	AUTOR	TITULO	TIPO DE ESTUDIO	METODOLOGÍA			DISCUSIÓN-CONCLUSIONES
				Población	Muestra	Variables de estudio	
Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad. 1982. Párrafos 112, 113 y 114.	Asensio L. Silvestre J. López J.	ACCESIBILIDAD EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS. ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	Revisión de literatura	Las clínicas y Discapacitados	Estructuras arquitectónicas	No aplica	Agrupar los diversos parámetros de diseño que debe cumplir una clínica odontológica para poder atender a pacientes minusválidos o impedidos. Puesto que las autoridades públicas han comenzado a exigir legalmente la eliminación de barreras arquitectónicas en las nuevas construcciones, no sería ético que las personas discapacitadas no pudieran gozar de una adecuada asistencia odontológica por la existencia de barreras que dependen directamente de nosotros. Muchos pacientes minusválidos ya consultan antes de acudir a una clínica odontológica, si ésta presenta o no problemas de accesibilidad. Puesto que las autoridades públicas han comenzado a exigir legalmente la eliminación de barreras arquitectónicas en las nuevas construcciones, no sería ético que las personas discapacitadas no pudieran gozar de una adecuada asistencia odontológica por la existencia de barreras que dependen directamente de nosotros. Muchos pacientes minusválidos ya consultan antes de acudir a una clínica odontológica, si ésta presenta o no problemas de accesibilidad.
Revista Archivo Médico de Camagüey Versión On-Line ISSN 1025-0255	Pérez L. Eustaquio L.	Análisis de la calidad de la atención al niño con discapacidad en el municipio Camagüey	transversal descriptivo cualitativo	Profesionales y padres de pacientes con discapacidad	57 profesionales entre ellos 10 madres de pacientes discapacitados	Preguntas abiertas	La situación actual de la atención a la discapacidad infantil en Cuba es muy superior a la de la mayoría de los países de América Latina, e incluso de muchos países altamente desarrollados, pero perfeccionar la calidad de nuestro trabajo es un deber ineludible que requiere conocer los problemas y enfrentarlos con estrategias apropiadas especialmente en el marco de la Atención Primaria de Salud.
Bol. psicología V.59 n.130 São Paulo en junio 2009	Mendoza C. De Carvalho T. Asunción R.	El perfil cognitivo de los niños con ceguera: Un estudio de la escala verbal del WISC-III	Observacional descriptivo	Niños que asisten a dos centros especializados de Belo Horizonte	120 niños de 6 a 16 años	Edad, Genero, ceguera, baja vision	Los resultados de las pruebas iniciales mostraron algunas diferencias en el rendimiento debido a la edad, lo que refuerza la suposición universal de desarrollo cognitivo a través de la adolescencia (Jensen, 1998). En cuanto a la influencia del género, no se observaron diferencias significativas entre niñas y niños ciegos en las pruebas cognitivas verbales, lo que refuerza la evidencia recogida en avistado por la psicología diferencial. Si hay diferencias entre los sexos es probable que se presenten a partir de la adolescencia tardía (Lynn, 1999).

Bol. psicología V.59 n.130 São Paulo en junio 2010 Anexo 1	Sátiro I. Pagliuca L. Baptista R. France E. Coura A. Souza J.	La violencia simbólica en el acceso de las personas discapacitadas a las unidades básicas de salud	descriptivo	Personas con discapacidad, que asisten a unidades básicas de atención	20 Unidades básicas de salud	El acceso al edificio, el acceso al interior del edificio, mobiliario y equipo, instalaciones sanitarias, fuentes de agua potable y teléfonos.	Accidentes relacionados con la arquitectura urbana detectadas en este estudio muestran la carga simbólica y emocional que pone en peligro la integridad física de las personas que utilizan ese espacio. Los datos muestran que el 100% de las avenidas de acceso a la UBS no hay señales de tráfico con los botones con los caracteres Braille o figuras en relieve, un zumbido que emite sonidos con una intensidad de al menos 15 dB por encima del ruido de fondo. Sólo el 10% de las calles tienen letreros con señalización que indique la ubicación de UBS, el 10% tiene pasos de peatones en las inmediaciones de las instituciones y el 10% han reducido el pavimento en puntos estratégicos.
Revista de Oftalmología Arq Bras. Ophthalmol. vol.73 no.6 São Paulo, noviembre / diciembre 2010	Souza T. Souza V. Caires B. Kitadai S.	Descripción del retraso en el desarrollo visual y los niños con discapacidad visual	observacional, transversal	niños con impedimentos visuales.	45 niños de ambos sexos	psicomotor y visual	Los resultados mostraron que el rendimiento de coordinación fueron los más afectados en el grupo experimental, lo cual es consistente con los hallazgos de la investigación relacionada con los eventos que ocurren temprano en la vida y son poco experimentados. La deficiencia visual limita la acción del niño en su medio ambiente, la mejora del motor de sus acciones y su experiencia en actividades interactivas con objetos, o alterar el medio ambiente a través del cual el proceso desarrollado es el aprendizaje
Estudio Psicología Psicol. estud. vol.15 no.3 Maringá septiembre 2010	C. Lucenti, H. Luciana, C. Guarnieri, A. Frizman	Concepto de formación de los niños con necesidades especiales	descriptivo	Niños inscritos en escuelas especiales o normales de Brazil	niños de 7 a 12 años diagnosticados con deficiencia visual (baja visión),	Prueba de sangre la insulina y cuello de botella	El análisis de los episodios muestran que la explicación oficial de los conocimientos científicos de una manera que incorpora las experiencias personales y por lo tanto se acerca a la realidad de cada uno puede aportar alternativas amigables con el aprendizaje de los niños con necesidades especiales. La evocación de las experiencias de los niños sobre el tema del proyecto (cuerpo humano) demostró ser un medio para provocar la articulación de los conceptos cotidianos y científicos, y mantener el interés de todos en la pregunta y la crianza de los niños a participar en la presentación de los conocimientos formal.
Diario de Salud Pública Rev. Saúde Pública vol.45 no.1 São Paulo febrero Epub 2011 29 de octubre 2010	S. Sulyvan, F. Lefèvre A. Lefèvre, C. Chester	Accesibilidad a los servicios de salud para las personas con discapacidad	cualitativo	personas que reportaron tener algún tipo de discapacidad (parálisis o amputación de extremidades, baja visión, ceguera o total, de baja unilateral del oído, sordera unilateral o total).	25 individuos (14 mujeres) en São Paulo	preguntas relacionadas con el viaje y la accesibilidad a los servicios de salud.	El análisis de los desplazamientos en los servicios de salud mostraron la diversidad en el usuario del servicio de ir solo o en conjunto, utilizando un vehículo privado, transporte público, caminar, o una ambulancia y el tiempo varía para llegar al servicio. En cuanto a las dificultades de accesibilidad que ofrece los servicios de salud, se informó de retrasos en la atención, problemas de estacionamiento, sin rampas, ascensores, sillas de ruedas, aseos adaptados y los médicos. Los problemas en la accesibilidad de los servicios de salud fueron reportados por los sujetos con discapacidad, contraría al principio de la equidad, la prestación de los Sistema de Salud Unificado

<p>Rev Cubana Estomatol 1987;24(1):59-66 III FORO DE EXTENSION UNIVERSITARIA EJE TEMATICO: Estrategias de intervención interdisciplinarias en problemáticas particulares.</p>	<p>L.Hernando, L.Salvatico, B. Gómez, A. Zanotti, Y. Femminella</p>	<p>Diseño y Elaboración de herramientas de apoyo educativo en salud bucal destinados a personas con discapacidad visual.</p>	<p>Prueba piloto</p>	<p>personas ciegas o con algún grado de discapacidad visual que concurren a los institutos de enseñanza especial de la Provincia de Córdoba y a la Biblioteca Provincial para Discapacitados Visuales. También está destinado a odontólogos de nuestro medio que asisten a personas con discapacidad</p>	<p>Cegera total y cegera parcial</p>	<p>No aplica</p>	<p>Se debe insistir en que muchas personas ciegas son intelectualmente capaces de aprender muchas disciplinas y pueden llegar a convertirse en excelentes pacientes, siempre y cuando no sean obligados a alcanzar metas poco realistas. Debido a la ausencia de materiales específicos de educación para la salud bucal destinados a personas ciegas o con dificultades visuales, se espera que en el término de un año de difundidos los materiales educativos diseñados por medio del presente proyecto, los mismos estén a disposición de todas las personas que concurren a los centros de educación especial y a la biblioteca provincial para discapacitados visuales.</p>
<p>Dental Research Journal (Vol. 6, No. 2, Autumn 2009 6(2): 65-70</p>	<p>S. Jabbarifar, N. Ahmady, S. Sahafian, F. Samei, S. Sohellipour</p>	<p>ASOCIACIÓN DE ESTRÉS DE LOS PADRES Y CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA.</p>	<p>transversal</p>	<p>Papas e hijos que asisten a la Facultad de Odontología Pediátrica de Isfahan para el tratamiento dental y cinco jardines de niños cerca de la Escuela de Odontología de la Isfahan.</p>	<p>127 padres y sus hijos 4-6 años. 123 niños de los 4-6 años</p>	<p>libre de caries, caries y nivel estrés</p>	<p>El estrés padres total no fue significativamente diferente entre el grupo de ECC y libre de caries. Los hallazgos del presente estudio no mostraron ninguna relación entre la caries y un mayor estrés de los padres. Frank et al encontraron que los padres en las familias pobres tienen más estrés y mostró una fuerte relación entre el estrés y el estado de salud de los niños. Por otra parte, una situación familiar psico-social de los padres afecta a los niveles de inserción de estrés de los padres y los niños.</p>
<p>UNIV. PSYCHOL. BOGOTÁ, COLOMBIA V. 7 NO. 2 PP. 369-383 MAYO- AGOSTO 2008 ISSN 1657- 9267</p>	<p>L. CÓRDOBA, J. GÓMEZ, M. VERDUGO</p>	<p>Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo</p>	<p>descriptivo</p>	<p>calidad de vida en familias de niños y adolescentes con discapacidad en la ciudad de Cali, Colombia</p>	<p>385 familias con niños y adolescentes con discapacidad (3- 17 años)</p>	<p>Estrato, Genero, Edad diagnostico, severidad discapacidad, edad, tipo de familia</p>	<p>En un primer nivel de análisis –descriptivo– se identificaron una serie de similitudes y diferencias entre las familias en cuanto a las variables sociodemográficas que se analizaron desde el contexto particular de la cultura colombiana, en un momento histórico complejo debido a la intensificación del conflicto armado entre grupos al margen de la ley y las fuerzas militares, en medio del cual se encuentra la población civil; el mayor porcentaje de los individuos que respondieron la escala correspondió a las madres, 72% frente a un 12% de participación de los padres. Los resultados obtenidos pueden servir para establecer las bases de formulación de programas de intervención con familias de niños y adolescentes con discapacidad en la ciudad de Cali, a partir de la identificación y comprensión de sus necesidades percibidas.</p>

Rev. odonto cienc. 2009;24(4):354-360	M. Souza, P. Monteiro, S. d'Ávila, G. Pina, R. Diógenes, R. Diógenes	Evaluación de la condición oral de las personas con discapacidad visual que asisten al Instituto de Ciegos de Paraíba	observacional transversal	las personas con discapacidad visual Paraíba en el Instituto de Ciegos.	80 usuarios del instituto	CPOD, Sohi y SPR	El índice CPOD mostró que el grupo es grande y el más expresivo en la edad adulta. El índice de higiene oral indicó una deficiencia en este grupo. El hallazgo más frecuente fue la gingivitis periodontal, pero los niños mostraron un periodonto sano. Las manifestaciones orales y el importante número de lesiones en los dientes anteriores, también se observaron, incluyendo la hiperplasia gingival, ulceraciones, la aftosa, la caries botella, la fistula, la lengua fisurada, la erosión dental y la recesión de las encías marcadas.
Rev Panam Salud Publica. 2009;25(4):322-7.	G. Smitley, H. Barry, P. Perlman, A. Ocanto	América Latina y el Caribe escuelas dentales: enseñanza sobre necesidades especiales	cualitativo	Estudiantes escuelas dentales	142 estudiantes	Horas de estudio	Más de la mitad de los 142 encuestados indicaron que eran estudiantes que reciben menos de cinco horas de entrenamiento didáctico y menos de 5 horas de entrenamiento clínico para la atención de las personas con necesidades especiales. De los 142 encuestados, el 23% y 30%, respectivamente, reportados Que se encontraban en horas de clase necesarias para el entrenamiento didáctico o clínico centrado en la atención exclusiva de las personas con necesidades especiales. El énfasis en las dificultades para desarrollar este tipo de programas fue colocado en la falta de profesores con experiencia en el cuidado de pacientes con necesidades especiales.
Revista ADM 2006;LXIII(5):195-199 195	C. Roberto, M. Trejo, P. Morales	Propuestas didácticas en el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual§	Revision de literatura	Odontologos generales y especialistas	Materiales didacticos	No aplica	Es importante establecer un programa que se apoye en el tacto. El objetivo del presente artículo es presentar material didáctico táctil que tiene dos funciones principales: la primera, es reducir el estrés del paciente, ya que a través del mismo se explicarán los procedimientos de operatoria dental, y la segunda, es cumplir con la parte educativa de nuestro programa preventivo. Esto nos permitirá proporcionar técnicas de cepillado, explicar la anatomía dental, así como la importancia de la higiene oral en la prevención de caries y otras patologías.
Oral health preventive dentistry (2006) Volume: 4, Issue: 4, Pages: 243-253	Sebnem Ercalik Yalcinkaya, Turhan Atalay	Mejora de conocimiento sobre salud bucal en un grupo de estudiantes con discapacidad visual.	transversal	Colegio de discapacidad visual de Estambul	67 estudiantes (28 parciales y 37 totales)	Perfil socio economico, nivel educacion padres, conocimiento salud bucal,	Después de la terminación del programa, el conocimiento sobre salud bucal de los estudiantes se evaluó utilizando el mismo cuestionario para determinar la eficacia del programa. Resultados: mejoras estadísticamente significativas en el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el estado de higiene oral, tanto en total y parcialmente a los estudiantes con discapacidad visual al final del estudio ($p < 0,001$) en comparación con el principio. No se encontraron diferencias significativas entre el conocimiento de los estudiantes con discapacidad visual total y parcialmente con impedimentos visuales.

Volume: 4, Issue: 4, Pages	Nancy T. Melanie B. Kimberly K. Cynthia C.	Evaluación de un curso de aprendizaje de servicio académico en especial necesita pacientes para estudiantes de higiene Dental: un estudio cualitativo	cualitativo	Universidad de Missouri-Kansas City (UMKC).	estudiantes facultad odontología	tiempo de clase	Las conclusiones de este estudio, que emplea a varios orígenes de datos, indican que el aprendizaje de servicio es una manera eficaz para estimular la conciencia, aumentar el pensamiento de orden superior y fomentar la profesionalidad. Estas habilidades y disposición preparará a los futuros médicos oral para prestar servicios a los pacientes con necesidades médicas especiales. Los resultados de este estudio son consistentes con la literatura emergente en el aprendizaje de servicio. El vínculo estructurado entre cursos académicos y servicio a la comunidad es reconocido para promover una comprensión más profunda de la materia, además de ser consciente de las complejas cuestiones sociales. Casamassimo et al sugieren que oportunidades educativas son cruciales para superar la falta de preparación como un obstáculo para la prestación de servicios de salud oral especiales necesidades de poblaciones en nuestro estudio, los estudiantes pasaron un promedio de 8.78 horas trabajando con sitios de la comunidad
Department of Pedodontics and Preventive Dentistry, College of Dental Surgery, Saveetha University, Chennai, Tamil Nadu, India	Reddy K, Santiago A.	La prevalencia del estado de salud oral en niños con deficiencias visuales	cualitativo	Niños de la ciudad de Chennai	128 niños con discapacidad y 100 niños normales	Prevalencia de caries, niveles de higiene oral, trauma dientes anteriores, uso de materiales de limpieza.	El hallazgo en este estudio muestra que la prevalencia de caries fue alta en el niños con deficiencias visuales en escuelas especiales en comparación con los niños normales. estado de higiene oral en el grupo de estudio se encontró también a ser más pobres en comparación con los niños normales. Las razones pueden ser la falta de desarrollo de habilidades de auto-ayuda, la incapacidad para ver y eliminar la placa, y la estancia en el albergue lo que conduce a la falta de supervisión durante el cepillado. Las conclusiones extraídas de este estudio fueron que existía una mayor prevalencia de la caries dental, pobre higiene oral, y una mayor incidencia de trauma en los niños con discapacidad visual.
http://www.asir-journal.com/content/5/1/1	Estudiantes de Odontología de la Comisión de Investigación de Estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Shahid Beheshti médicos, de Evin, Teherán	Jeringa micro vibrador (SMV) un nuevo dispositivo que se introduce en la odontología para aliviar el dolor y la ansiedad de las inyecciones intraorales, y un estudio comparativo con un dispositivo similar	Comparativo	jeringa micro vibrador	no aplica	dolor, ansiedad	La mayoría de los pacientes se sienten física y psicológicamente incómodo sobre la penetración de la aguja de inyección en los tejidos orales. Algunos de ellos no transmiten este sentimiento para el clínico, por lo que el número de pacientes temerosos de la experiencia del dolor dental y la sensación de malestar es más de lo que se ve en la clínica, sin embargo, en muchos pacientes el miedo de la inyección contribuye significativamente a la postergación del tratamiento dental Sin embargo, la inyección de la experiencia menos dolorosa con SMV reduce el miedo a futuro de la inyección en estos pacientes.

Revista Europea de Odontología. 2010 Octubre, cuatro (4) : desde 361 hasta 366	Altun C. Guven G. Martí A.	Estado de salud oral de las personas con discapacidad asisten a escuelas especiales	cualitativo	personas que asisten a una escuela especial para discapacitados	136 pacientes con discapacidad	CPOD, ceod y el estado de higiene bucal	El rango de edad de los pacientes fue 26.2 años (edad media: 11,89 ± 5,19 años). ceod promedio de las puntuaciones y CPOD por grupos de edad fueron los siguientes: 2-6 años: CPOD = 2,04 ± 2,24; 7-12 años: CPOD = 2,24 ± 2,60, CPOD = 0,98 ± 2,58; 13 + años: CPO-D = 2,68 ± 2,91. En general, el 15,4% de los niños no tenían caries o empastes. Si bien los niveles CPOD y el índice CPO-D ($P > 0,05$) no varió significativamente según el tipo de discapacidad, la limpieza oral sí. Los niños con autismo se observaron para mantener la mejor higiene bucal y las personas con retraso mental (RM), los más pobres.
2008 Oredugba y Akindayomi; licenciario BioMed Central Ltd. Publicado en línea 10 2008 22. doi: 10.1186/1472-6831-8-30	Folakemi O.	Necesidades estado de salud oral y el tratamiento de niños y adultos jóvenes que asisten a un centro de día para personas con necesidades especiales de salud	descriptivo	Pacientes que asisten a un centro de necesidades especiales de salud	54 pacientes entre 3 - 26 años	caries dental, el estado de higiene bucal, maloclusiones y otros parámetros de salud oral	Los sujetos de este estudio tenían una alta prevalencia de la caries dental y la necesidad de atención de restauración. Ellos se beneficiarían de la educación de los padres en la modificación de la dieta, la mejora de las prácticas de higiene oral y visitas regulares al dentista.
Departamento de Odontopediatría y Odontología Preventiva, Bapuji Dental College y el Hospital, Davangere, Karnataka, India	AR Prabhakar, N Marwah, OS Raju	Una comparación entre las técnicas de distracción de audio y audiovisuales en el manejo de ansiedad los pacientes dentales pediátricos	descriptivo comparativo	Hospital, Davangere, Karnataka, India Departamento de Odontopediatría y Odontología Preventiva, Colegio de Odontología de Gobierno, Rohtak, Haryana, la India	60 niños de 4 y 8 años	Condiciones normales, audio durante toda la consulta, consulta con audiovisual.	La razón de aumento de la ansiedad en la preparación de la cavidad y la restauración de las visitas es por el sonido y la vista de la pieza de mano. Esto también fue observado por Kleinknecht et al. [8] El pico de la ansiedad en la última visita se debe a la tensión de deportistas de alto de la extracción. Los resultados de este estudio mostraron que la distracción audiovisual fue el medio más eficaz de la gestión de la ansiedad en los niños. Aunque muchos estudios no han demostrado la eficacia de la distracción audiovisual en el manejo de ansiedad los pacientes dentales pediátricos, algunos estudios han demostrado su eficacia en el manejo de pacientes con ansiedad dental para adultos.
Braz. resolución por vía oral. vol.20 no.3 São Paulo, julio / septiembre 2006	Silva C. Montagna C. Clemente da S. Lorenz S.	El paciente pediátrico en un servicio de maxilofacial - prótesis ocular	cualitativo	pacientes atendidos en el Servicio de Prótesis Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo	124 pacientes	género y las causas de la pérdida del globo ocular	El análisis estadístico reveló que la variación de los sucesos en los géneros masculino y femenino en las edades estudiadas no fue significativa ($p = 0,069$). Sin embargo, la etiología de la pérdida del globo ocular varía según los grupos de edad, con un nivel muy significativo de 0,01 ($p = 0,000$). Al mismo tiempo, las etiologías variadas en función del sexo, presentando un nivel de significancia de 0,05 ($p = 0,011$). El equilibrio entre los grupos de edad de 0-7 y 8-13 años sugiere que la búsqueda de la rehabilitación protésica se ha hecho en una fase temprana. La importancia de reconstruir el volumen de contenido de la cavidad orbital para el correcto crecimiento y desarrollo de las estructuras anatómicas está bien establecido.
2003 American Dental Association	Harrell D.	Manejo de pacientes pediátricos poco cooperativo	Descriptivo	Odontólogos generales	odontologo general	tecnicas de cooperacion	Las interacciones entre los dentistas y los niños a menudo fracasan porque el dentista es tan nervioso acerca de cómo tratar al niño como el niño se trata de ver al dentista. Mediante el uso de técnicas orientadas a reducir la ansiedad del paciente pediátrico y aumentar la confianza del dentista, los dentistas tienen el arsenal necesario para combatir el miedo del paciente y su propio miedo.

<p><i>British Dental Journal</i> 193, 253 - 255 (2002) Published online: 14 September 2002 doi:10.1038/sj.bdj.4801538</p>	<p>Edwards D.</p>	<p>Discapacidad Parte 2: El acceso a servicios dentales para personas con discapacidad. Una encuesta de las prácticas dentales en Merseyside</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Clinicas dentales Merseyside</p>	<p>157 encuestas</p>	<p>No aplica</p>	<p>La gran mayoría de las prácticas informaron de que los pacientes tratados con discapacidades físicas, dificultades de aprendizaje o problemas de salud mental. menor número de prácticas poco informado tratar los usuarios de sillas de ruedas. ciento veinte y cinco prácticas Uno (90%) estaban aceptando nuevos pacientes del NHS y la mayoría de ellos informaron que fueron capaces de aceptar pacientes discapacitados. Pocas prácticas dentales en Merseyside eran accesibles en el momento del estudio y pocos cumplen con la Ley de Discriminación por Discapacidad o en los Títulos I y II, que ya están en vigor, o en el Título III, que entrará en vigor en 2004. Dentistas estaban dispuestos a ver a los pacientes con discapacidad, pero el tiempo y las instalaciones de esta dificultad. prácticas dentales necesidad de encontrar formas de reducir las barreras a la atención dental que las personas con discapacidad se enfrentan tanto a mejorar el acceso de las personas con discapacidad y asegurar que la práctica se ajusta a la Ley de Discriminación por Discapacidad.</p>
<p><i>British Dental Journal</i> 193, 317 - 319 (2002) Published online: 28 September 2002 doi:10.1038/sj.bdj.4801554</p>	<p>Edwards D. Feliz A.</p>	<p>Discapacidad Parte 3: Mejorar el acceso a las prácticas dentales en Merseyside</p>	<p>Revisión de literatura</p>	<p>Clinicas dentales Merseyside</p>	<p>No aplica</p>	<p>No aplica</p>	<p>Aunque la mayoría de las prácticas médicas generales hayan sido objeto de auditorías de acceso y desarrollo para mejorar la accesibilidad en los últimos años, consulta de odontología general no han sido por lo general en cuestión. Como resultado, muchas personas con discapacidad pueden enfrentarse con los edificios inaccesibles y servicios cuando se trate de visitar a su dentista. Las actitudes y el modo de organización de los servicios son tan importantes como las barreras físicas. Todas las prácticas pueden hacer que los servicios sean más accesibles, incluso si no son accesibles para sillas de ruedas. Las auditorías identificaron algunos obstáculos comunes que fácilmente podría haberse evitado con un poco de conciencia y previsión. formación Discapacidad conciencia puede ayudar a superar algunas de estas barreras.</p>
<p>Official Journal of the American Academy of Pediatrics</p>	<p>Lewis c. Robertson A. Phelps S.</p>	<p>Cuidado dental no satisfechas las necesidades de los niños con necesidades especiales de salud: implicaciones para el hogar médico</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Encuesta Nacional de Niños con Necesidades Especiales de Salud,</p>	<p>750 CSHCN de cada uno de los 50 estados y el Distrito de Columbia</p>	<p>si necesita atención dental, si recibió la atención dental si lo necesitaba, necesita atención pero no lo reciben.</p>	<p>Nuestros hallazgos indican que el cuidado dental se considera una necesidad de atención médica principal, en segundo lugar solamente a las necesidades de prescripción de medicamentos, y que las necesidades de cuidado dental superior a las necesidades percibidas para la atención preventiva y especialidades en las CSHCN.El cuidado dental debe ser una parte explícita e integral de la atención coordinada global facilitada por el centro médico, en gran parte de la misma manera que la atención de subespecialidades médicas y atención quirúrgica son, es decir, el hogar médico identifica la necesidad de atención dental, se refiere al paciente a un sitio apropiado para la atención, aboga por el acceso al cuidado dental, y coordina la atención y la comunicación entre el proveedor de servicios dentales, de la familia y el médico de atención primaria.</p>

<p>2011 European Journal of Dentistry. Eur J Dent. 2011 April; 5(2): 186-190.</p>	<p>AlSarheed M.</p>	<p>Percepción de los niños de sus dentistas</p>	<p>Descriptivo</p>	<p>Niños de escuelas publicas de Arabia Saudita</p>	<p>583 niños</p>	<p>si habían ido al dentista, si había algún médico en la familia, género del dentista, ropa y equipo de protección, diseño de la clínica dental.</p>	<p>Los resultados de este estudio una visión presentar nuevas acerca de la percepción de los niños de los dentistas y la prestación de atención dental y debe ser usado por los dentistas para mejorar sus prácticas El estudio identificó que los niños tienen fuertes preferencias con respecto a la aparición de sus dentistas y clínicas dentales y tienen miedo de identificación asociadas a las visitas al dentista. Es importante señalar que mientras los niños en este estudio se indican ciertas preferencias con respecto a la apariencia de su dentista y el aspecto de la clínica, estas preferencias pueden llevar poco peso en comparación con los atributos personales de la bondad dentista como, voluntad de escuchar, y la competencia clínica</p>
<p>Med Clin (Barc). 2006;126(12):461-6</p>	<p>Ayuso L. Morenob M. Morenob J. Barquerod J.</p>	<p>Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica</p>	<p>Descriptivo</p>	<p>no aplica</p>	<p>no aplica</p>	<p>No aplica</p>	<p>La CIF ha integrado los diversos modelos existentes de salud y discapacidad con un lenguaje internacional consensuado y sistematizado para la descripción del funcionamiento de los individuos. Por primera vez se dispone de un marco conceptual común para la evaluación del funcionamiento, la salud y la discapacidad, que recoge, además, la perspectiva del paciente (crucial en la medicina). De esta forma, el conjunto básico de herramientas de la CIF permite hacer operativo el modelo biopsicosocial tanto en la práctica clínica como en la investigación. También en la investigación la CIF es una herramienta de gran utilidad al permitir la comparación entre datos de salud ya existentes a escala internacional, así como para identificar factores comunes que influyen en el universo del bienestar de individuos con distintas enfermedades. La bibliografía revisada y la agenda de investigación de la CIF hacen pensar que su futuro en la medicina es prometedor</p>

<p>Eur J Oral Sci 2005; 113: 363-368 Printed in Singapore. All rights reserved.</p>	<p>Hallberg U, Klingberg G.</p>	<p>EVALUACIONES MÉDICAS PROFESIONALES DE LA SALUD 'DE LAS NECESIDADES DE SALUD ORAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD: UN ESTUDIO CUALITATIVO</p>	<p>Descriptivo</p>	<p>clínicas y clínicas especializadas de atención de salud del oeste de Suecia.</p>	<p>17 profesionales de la medicina de atención de salud</p>	<p>cuestiones orales y orofacial, las necesidades de tratamiento oral y oral y, por último, bucal y la salud oral en relación a las necesidades de tratamiento médico.</p>	<p>Los resultados del estudio muestran claramente que las cuestiones de salud oral no se integraron en la atención médica de los niños con discapacidad. Problemas de salud oral no se consideraron en el cuidado y la planificación del tratamiento para estos niños. Sin embargo, se trataba de una omisión atribuible a los problemas organizativos y estructurales, en combinación con una escasez de recursos financieros y con el hecho de que el personal médico no tiene los conocimientos suficientes en el ámbito de la salud oral y orofacial. Este fue iluminado en la categoría central, centrándose en las necesidades básicas, en nuestro estudio. En un estudio previo sobre el personal dental, también utilizando la teoría fundamentada, se encontró que los tratamientos dentales para los niños con discapacidad varía considerablemente debido a las estrategias del personal dental del individuo, así como a los factores de organización (18). Ese estudio mostró que el personal odontológico con más experiencia, por ejemplo, los emplemas de accesibilidad. Discapacidad.n odontología pediátrica, eran más comprometido, y tenía un mejor conocimiento y comprensión acerca de reuniones y proveer cuidado dental para los niños con discapacidad.</p>
<p>The Journal of Pediatric Dentistry Volume 31, Number 2/2006</p>	<p>Martignon S. González C. Santamaría R. Liévano S. Muñoz Y. Moreno P.</p>	<p>Salud oral taller dirigidos a padres y cuidadores de niños 0-5-años edad: efecto sobre los conocimientos y prácticas</p>	<p>Ensayo clínico controlado</p>	<p>municipio de Usaquén, Bogotá centros de bajos recursos de atención diurna</p>	<p>770 parejas de niños de 0-5 años de edad y los padres</p>	<p>Por qué se producen las caries? ¿Cómo se previene la caries? ¿Qué es más importante durante el cepillado? ¿Cómo es una mirada lesiones iniciales de caries? ¿Cuándo aparecen los dientes de leche?</p>	<p>Este estudio mostró un efecto positivo en uno y seis meses, con respecto a una reducción de la placa bacteriana en los niños y un aumento en los conocimientos y prácticas saludables en los padres y cuidadores. Aunque los adultos se refiere a tener conocimientos sobre las causas y la prevención de la caries, las principales razones para visitar a un dentista son la caries invasivos o emergencias. Este hallazgo fue reportado en poblaciones similares en todo Colombia y pueden estar asociados a las dificultades para acceder a servicios de salud y a la falta de responsabilidad en la propia salud. Los resultados positivos de este estudio, después de la aplicación de un taller educativo único estimular la aplicación de similares estrategias educativas en la misma edad y grupos de nivel socio-económicas. Además, los talleres educativos se les recomienda con refuerzos periódicos y como parte de un programa de prevención integral.</p>
<p>J Am Dent Assoc, Vol 135, No 4, 490-495.</p>	<p>AL AGILI D. ROSEMAN J. PASS M. THORNTON J. CHAVERS L.</p>	<p>El acceso a la atención dental en Alabama para niños con necesidades especiales</p>	<p>cualitativo</p>	<p>padres de niños de 3 a 13 años con necesidades especiales</p>	<p>2.057 padres</p>	<p>No aplica</p>	<p>El cuidado dental es parte de la salud total de una persona, y debe ser un componente estándar de la atención médica integral para niños con necesidades especiales. Una estrategia para hacer frente a los obstáculos financieros y no financieros es necesario para los niños con necesidades especiales para que puedan tener acceso a la atención dental.</p>

J Am Dent Assoc, Vol 139, No 3, 326-333. 2008	Kane D. Mosca N. Zotti M. Schwalberg R.	Factores asociados con el acceso al cuidado dental para niños con Necesidades Especiales	transversal	Encuesta Nacional de Niños con Necesidades Especiales de Salud	750 familias de CSHCN	Necesidad de atención	Acceso a la atención dental es un problema constante entre CSHCN, especialmente los de familias de bajos ingresos. La relación entre el acceso a la atención médica de rutina y atención dental implica que un enfoque integral para mejorar el acceso a servicios de atención primaria y atención dental puede ser más eficaz que centrarse en cualquiera de los servicios por separado.
J Am Dent Assoc, Vol 136, No 4, 524-533. © 2005	Macek M. Mark L. Goodman S. MICHAEL C. Marrazzo D.	Visitas al dentista y el acceso a la atención dental en escolares de Maryland	cualitativo	para niños en edad escolar de Maryland en kinder y tercer grado	3.294 jardín de infantes y escuelas públicas de tercer grado y 4.964 niños de tercer grado	visita al dentista en el último año, la profilaxis en el último año y la fuente usual de atención dental	El reto para los profesionales de la odontología y la salud dental pública para determinar qué características son únicas a los que regularmente programar citas con el dentista frente a los que sólo reciben atención de emergencia o episódica. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender la naturaleza dinámica y compleja de este ciclo de seis fases y cómo afecta el cambio de comportamiento. Además, la investigación es necesaria para entender la relación entre las actitudes del público hacia y el conocimiento de atención de la salud oral y la utilización de los servicios. Gibson y sus colegas describe los procesos cognitivos de los padres o tutores que buscan servicios en un ciclo de seis fases: recordar, en respuesta, la inducción, a la espera, la inducción de nuevo y diciendo. Los posibles resultados de este ciclo son el mantenimiento de la salud bucal, mantenimiento de la salud oral y un ciclo de control adicionales.
Pediatría Vol. 119 N ° Suplemento 1: 01 de febrero 2007 pp S107-S113 (Doi: 10.1542/peds.2006-2089P)	Mulvihill B. Altarac M. Swaminathan S. Russell S. Kulczycki A. Ellis A.	¿Tiene acceso a un hogar médico varían según las características del niño y la familia, incluido el estado de especiales de atención médica de las necesidades-, entre los niños en Alabama?	descriptivo	niños de Alabama	2167 Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH)	edad, sexo, raza, estructura familiar, estado de salud, cobertura de seguros, educación del hogar y la pobreza.	Asegurar que todos los niños, independientemente de los ingresos familiares, tienen acceso y están inscritos en planes de seguro de salud nos acerca a la meta nacional de tener un hogar médico para todos los niños, especialmente aquellos con una necesidad especial de atención, para el año 2010. Integración de los principios de base de salud pública de la población con la práctica pediátrica puede ayudar a identificar tanto a la salud es necesario reformar los sistemas y los cambios requeridos en la prestación de servicios de pediatría, especialmente para CSHCN.
J Am Dent Assoc, Vol 140, No 9, 1147-1155.	Heather B. Mayer M. Rozier G.	Utilización de Atención Dental y Gastos en niños con Necesidades Especiales	cualitativo	gastos médicos Panel Survey, Agencia para la Investigación y Calidad	8.518 niños de 2 a 17 años.	edad, raza, tipo de seguro, el estado de salud, nivel primario de educación	CSHCN y los niños sin SHCN no difirieron en la probabilidad o la cantidad total de los gastos de atención dental o total de los gastos de atención preventiva dental cuando se controlaron las variables, pero ambos grupos presentaron bajas tasas de utilización de la atención dental. Los ingresos de la familia del niño, edad, raza, tipo de seguro, el estado de salud, nivel primario de educación y tener una fuente usual de atención no afecta a la probabilidad de tener preventivas o de cualquier atención dental de manera diferente en CSHCN comparación con los niños sin SHCN.

<p>The Journal of the American Dental Association January 2010 vol. 141 no. 179-88</p>	<p>Hiroko I. Lewis C. Chuan Z. Novak L. Grembowski D.</p>	<p>Necesidades de atención dental, el uso y los gastos entre los niños de EE.UU. con y sin necesidades especiales de salud</p>	<p>cualitativo</p>	<p>Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)</p>	<p>9.936 niños de menos de 18 años</p>	<p>Promedio de los gastos de atención dental, necesidades insatisfechas de atención dental, La utilización de servicios odontológicos</p>	<p>En primer lugar, CSHCN tienen necesidades insatisfechas de atención dental más que los niños sin SHCN, independiente de factores de confusión. Los resultados de nuestro estudio sugieren también que CSHCN son heterogéneos en términos de necesidades insatisfechas de atención dental y el uso de servicios odontológicos, y parte de la heterogeneidad se debe a diferencias en SHCN complejidad que se refleja en el número de CSHCN criterios Screener que se cumplieron. En términos de la atención odontológica preventiva, encontramos que algunos CSHCN particular los que tienen más compleja SHCN eran más propensos a recibir sólo la atención no preventiva y no recibe ningún cuidado dental servicios de prevención.</p>
<p>J Am Dent Assoc, Vol 136, No 3, 364-372.</p>	<p>BHAVNA S. GARY R. GARY D. SUSAN T.</p>	<p>Las percepciones de los padres de la salud oral de sus niños en edad preescolar</p>	<p>transversal</p>	<p>Datos de la Tercera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición</p>	<p>3.424 niños (2-5 años)</p>	<p>demográficas, las visitas al dentista, la percepción de salud general del niño, la necesidad de atención dental y la presencia de caries dental.</p>	<p>. Enfermedad real y la necesidad percibida se asoció significativamente con las percepciones de los padres de los niños de su salud oral. Los resultados también sugieren que muchos padres mantienen una evaluación precisa de la condición de sus hijos, la salud oral. La presencia de caries no tratadas en los niños y la percepción de necesidad de tratamiento se asociaron con la percepción de los padres que la salud oral de sus hijos era más pobre, con independencia del pasado de las visitas al dentista. peor percepción de la salud oral de sus hijos lo que puede reflejar la necesidad no satisfecha de la atención dental en estos niños.</p>
<p>Pediatrics Vol. 123 No. 1 January 1, 2009 pp. e145 - e152 (doi: 10.1542/peds.2008-1298)</p>	<p>Debra S. Ghandour R. Amanda E. McGuire E. Strickland B. Newacheck P.</p>	<p>Planificación de la Transición de Cuidado de Salud: Resultados de la Encuesta Nacional 2005-2006 de Niños con Necesidades Especiales</p>	<p>transversal</p>	<p>Encuesta Nacional 2005-2006 de Niños con Necesidades Especiales de Salud</p>	<p>padres o tutores de los encuestados 18.198 jóvenes con necesidades especiales de salud</p>	<p>edad, raza, lengua, estado salud</p>	<p>En un estudio de corte transversal, los resultados de nuestros análisis indican las correlaciones entre los factores sociodemográficos y los resultados de transición, y la relación de causalidad, como tal, no puede ser determinada. Otra limitación es que informe de los padres tienden a subestimar la tasa real de los debates si los proveedores de atención de salud está hablando directamente con los jóvenes y los padres no son conscientes de los debates.</p>
<p>Pediatrics Vol. 115 No. 5 May 1, 2005 pp. 1233 -1239 (doi: 10.1542/peds.2004-1503)</p>	<p>Honberg L. McPherson M. Strickland B. Gage J. Newacheck P.</p>	<p>Garantizar un seguro médico adecuado: Resultados de la Encuesta Nacional de Niños con Necesidades Especiales</p>	<p>transversal</p>	<p>Encuesta Nacional de Niños con Necesidades Especiales de Salud.</p>	<p>38.866 entrevistas telefónicas a identificar y llevar a cabo entrevistas con un mínimo de 750 CSHCN por estado</p>	<p>Raza y origen étnico, seguro médico de cobertura, continuidad y adecuación</p>	<p>La Encuesta Nacional de Niños con Necesidades Especiales de Salud proporciona datos de referencia sobre si CSHCN tienen un seguro médico adecuado. La mayoría de los padres informaron que su hijo tenía cobertura de seguro médico continuo y adecuado. Los beneficios de tener cobertura de seguro médico continuo y adecuado también se refleja claramente en los resultados de la encuesta, porque los niños que cumplieron con el seguro médico básico ha resultado menos necesidades insatisfechas de los niños que no cumplían con este resultado. En general, los resultados de la encuesta confirmó que, aunque la mayoría de CSHCN actualmente tienen seguro médico adecuado, el trabajo adicional es aún necesario para eliminar las disparidades entre los niños más vulnerables de nuestra nación.</p>

<p>Pediatría Vol. 118 N ° 4 01 de octubre 2006 pp 1607 - 1615 (Doi: 10.1542/peds.2006-0383)</p>	<p>Denboba D. Merle G. Kenney M. Strickland B. Newacheck W.</p>	<p>El logro de Familia y Asociaciones de Proveedores para Niños con Necesidades Especiales</p>	<p>transversal</p>	<p>familias de los niños con necesidades especiales de salud</p>	<p>38.866 cuidadores de niños con necesidades especiales de salud.</p>	<p>edad, sexo y raza etnia,</p>	<p>Es necesario seguir trabajando para facilitar las asociaciones, especialmente para los niños por debajo del nivel de pobreza, niños sin seguro médico, los niños hispanos y negro, y los niños con limitaciones funcionales. De manera significativa, pero no es sorprendente que estos son los mismos grupos de mayor riesgo por no ser bien atendidos en otros aspectos o componentes del sistema general de servicios identificados anteriormente en este artículo, incluyendo el acceso a un hogar médico, una financiación adecuada para los servicios, a principios y evaluación continua, el acceso y la satisfacción con los servicios de la comunidad, y la transición de los jóvenes.</p>
<p>versión ISSN 1413-8123 Ciênc. saúde coletiva vol.16 Supl.1 Rio de Janeiro 2011 doi: 10.1590/S1413-81232011000700005</p>	<p>Possari M. Aguiar S.</p>	<p>Arte en la inclusión de niños con necesidades especiales en la odontología</p>	<p>cualitativo</p>	<p>Pacientes del Centro de Odontología de Atención a Pacientes con Necesidades Especiales</p>	<p>pacientes con necesidades especiales, de ambos sexos, con edades entre 8 a 18, y 221 adultos acompañantes,</p>	<p>Psicosis música, Socialización sesiones, Talleres de arte, Actividades culturales pedagógicos</p>	<p>Mediante la combinación de juego y la imaginación para transformar la realidad, y mediante el desarrollo de la educación hábitos de cuidado de salud con los niños, por medio de actividades tales como obras de teatro, cuentos infantiles y títeres, que se corrobora con Castro <i>et al.</i> y Jurdi , como lo han reportado que de esta manera es posible permitir que el niño con necesidades especiales, en particular, para cumplir su lugar en el grupo familiar, social de la escuela y otros grupos. Entre los participantes, el 98,2% dijo que le gustaba la música, y nos encontramos con un 1,2% con amusia total. En cuanto a los sectores artísticos, la música se encontró que la preferencia de nuestra población, y demostró ser un recurso valioso para el trabajo artístico con problemas psíquicos, especialmente cuando se refiere a las personas con algún tipo de discapacidad, trastornos psíquicos, el autismo, la esquizofrenia, síndromes de 15 - 17 , similar a los resultados reportados por el musicoterapeuta de São Paulo, Renato Tocantins Sampaio</p>

3.3 GLOSARIO

Discapacidad: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal.

Deficiencia: Es la pérdida o la anomalía de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente.

La distrofia muscular es un trastorno genético que debilita los músculos que ayudan al cuerpo a moverse

BRAILLE: es un sistema de lectura y escritura táctil pensado para personas ciegas

ATROFIA: En términos biológicos consiste en una disminución importante del tamaño de la célula y del órgano del que forma parte, debido a la pérdida de masa celular.