

PROGRAMA DE EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DENTAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA, PSICOMOTORA Y DEL LENGUAJE EN FUNDACIÓN SAGALA.

REALIZADO POR:

VALERIA ALEJANDRA BEJARANO

LAURA CAMILA FINO



W C I D I N Í

RESUMEN

1

INTRODUCCION

2

METODOLOGIA

3

**RESULTADOS Y
DISCUSION**

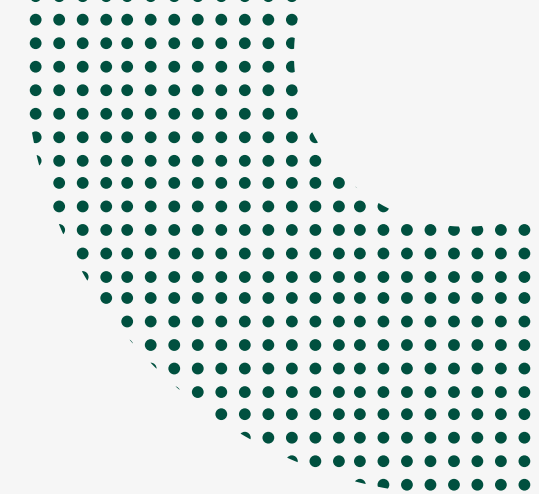
4

CONCLUSIONES

5



RESUMEN



La salud dental en personas con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje representa un reto significativo para los sistemas de salud, debido a las barreras en el autocuidado, la limitada capacitación de cuidadores y las dificultades de acceso a servicios odontológicos inclusivos

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar, implementar y evaluar un programa integral de educación, promoción y prevención en salud oral en la Fundación Sagala, así como documentar el proceso para la creación de un modelo replicable.



Se realizó un estudio descriptivo con enfoque mixto, en una población de 38 participantes entre los 18 y 50 años, con un caso adicional de 61 años, diagnosticados con diferentes tipos de discapacidad intelectual y múltiple.





INTRODUCCION



La salud bucodental es un componente esencial del bienestar integral que influye directamente en funciones básicas como la alimentación, la comunicación, la interacción social y la autoestima

Diversos estudios han evidenciado que las personas con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje presentan mayores dificultades para mantener una adecuada higiene oral, lo que conlleva una mayor prevalencia de enfermedades dentales como caries, gingivitis y enfermedad periodontal en comparación con la población general (Alí et al., 2020; Guerrero Vélez & Adum Lípari, 2024).



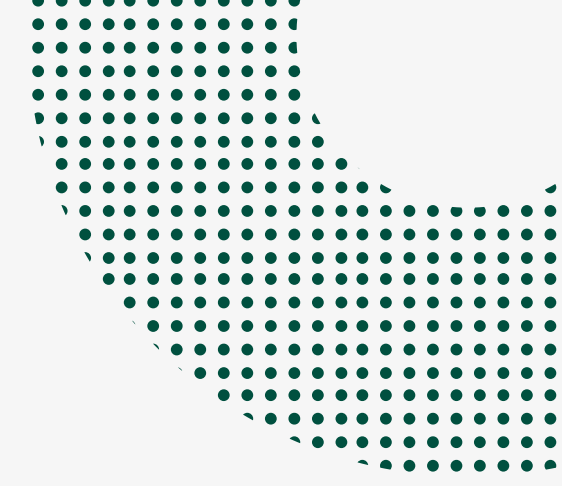
afectan de manera directa la ejecución correcta de las rutinas de higiene oral.

acceso a servicios odontológicos inclusivos continúa siendo limitado, debido a la falta de profesionales formados en odontología para personas con discapacidad y la ausencia de programas estructurados de promoción y prevención adaptados.



el presente estudio se plantea como una investigación de enfoque mixto que busca responder al impacto de un programa integral en la Fundación Sagala.





se planteó como objetivo Desarrollar, implementar y evaluar un programa integral de educación, promoción y prevención en salud oral dirigido a personas con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje en la Fundación Sagala, con el fin de mejorar sus hábitos de higiene bucal, reducir la incidencia de enfermedades orales y, a partir de esta experiencia, diseñar un modelo estructurado y documentado que sea replicable y transferible a otras instituciones con poblaciones similares.





METODOLOGIA



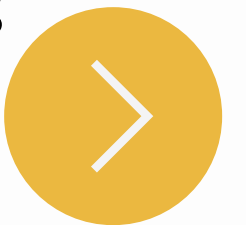
3 FASES SECUENCIALES

01

FASE 1: DIAGNÓSTICO Y DISEÑO DEL PROGRAMA

se realizó una evaluación basal del Índice de Higiene Oral (IHO) de O'Leary para establecer el estado de salud bucodental de la población. Simultáneamente, se aplicaron técnicas de observación no participante y entrevistas semiestructuradas a cuidadores y docentes para identificar barreras específicas (motrices, cognitivas y conductuales).

Con base en estos hallazgos, se diseñó el programa educativo, adaptando materiales didácticos mediante el uso de pictogramas y herramientas táctiles, y se definieron los protocolos de manejo conductual específicos para la población con discapacidad.



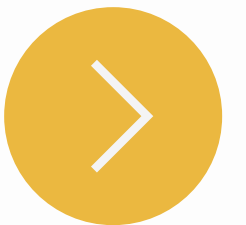
3 FASES SECUENCIALES

02

FASE 2: IMPLEMENTACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS

se ejecutó durante un periodo de seis meses. Esta fase inició con la capacitación técnica de los implementadores (cuidadores y docentes), basada en los manuales desarrollados. Durante la intervención, se mantuvo un registro sistemático de actividades y niveles de participación.

El seguimiento clínico se realizó mediante mediciones periódicas del IHO (inicial y final). Para el componente cualitativo, se utilizaron diarios de campo y entrevistas informales para documentar desafíos operativos y las adaptaciones en tiempo real que requirió la estrategia.



3 FASES SECUENCIALES

03

FASE 3: EVALUACIÓN DE IMPACTO Y CONSOLIDACIÓN DEL MODELO

El análisis de datos se realizó de forma dual:

- Análisis Cuantitativo: Se compararon los valores del IHO pre y post intervención mediante pruebas de estadística descriptiva e inferencial para determinar la significancia de la mejora en la higiene oral.

- Análisis Cualitativo: Se aplicaron técnicas de análisis de contenido a las transcripciones y diarios de campo para identificar factores críticos de éxito.
- Consolidación del Modelo Replicable Como resultado final, se estandarizó el Modelo de Gestión en Salud Oral Sagala, el cual sintetiza el flujo de intervención para poblaciones con discapacidad.

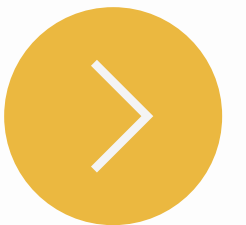
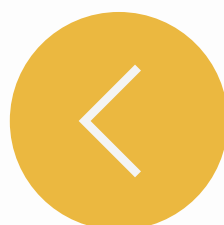


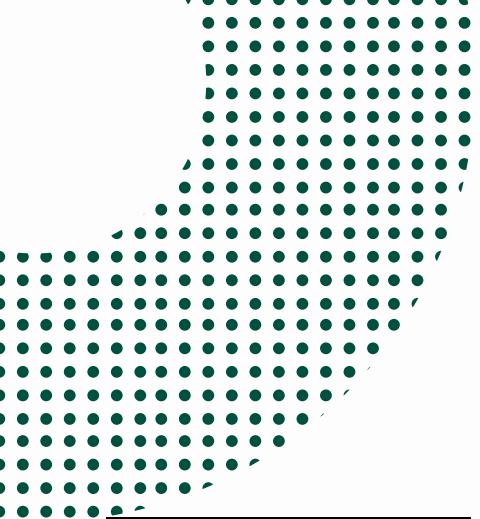
FIGURA 1 MODELO DE INTERVENCIÓN SAGALA PARA SALUD ORAL INCLUSIVA. (AQUÍ INSERTAS TU DIAGRAMA)





RESULTADOS





Los hallazgos se estructuran conforme a las fases de la investigación, iniciando con la caracterización de la población y el estado basal de salud oral.

01

FASE 1: DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

El estudio se realizó con una muestra de 37 participantes. En la Tabla 1 se describe la distribución sociodemográfica y clínica de la población. Se observó una mayor prevalencia del sexo masculino (56.8%) frente al femenino (43.2%). En cuanto al perfil clínico, la discapacidad cognitiva fue la más frecuente (37.8%), seguida de la psicomotora (32.4%) y del lenguaje (29.8%).

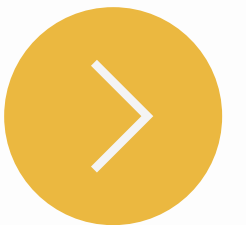


Tabla 1 Caracterización sociodemográfica y clínica de los participantes

| VARIABLE | CATEGORIA | n | % |
|----------------------|-----------------------|----|-------|
| Sexo | Masculino | 21 | 56.8% |
| | Femenino | 16 | 43.2% |
| Edad | 18–30 años | 14 | 37.8% |
| | 31–50 años | 22 | 59.5% |
| | 61 años | 1 | 2.7% |
| Tipo de discapacidad | Cognitiva | 14 | 37.8% |
| | Psicomotora | 12 | 32.4% |
| | Lenguaje | 11 | 29.8% |
| Nivel de autonomía | Dependiente | 22 | 59.5% |
| | Parcialmente autónomo | 8 | 21.6% |
| | Autónomo | 7 | 18.9% |

Un hallazgo crítico en el diagnóstico fue el nivel de autonomía para la higiene oral. El 59.5% de los participantes se clasificó como dependiente, lo que resalta la importancia del cuidador en el éxito de cualquier intervención de salud oral en esta población.

LÍNEA BASE DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL (IHO)

La evaluación inicial mediante el Índice de O'Leary reveló un estado de salud bucodental precario. El promedio general del grupo fue de 42.3%, lo cual sitúa a la población en el rango de higiene deficiente.

Tabla 2 *Distribución de la población según la clasificación inicial del Índice de O'Leary*

| Clasificación IHO | Rango % placa | n | % |
|-------------------|---------------|----|-------|
| Buena | 0–20% | 3 | 8.1% |
| Regular | 21–30% | 8 | 21.6% |
| Deficiente | >30% | 26 | 70.3% |

El 70.3% de los participantes presentaba una higiene deficiente al inicio del programa. Este resultado permitió confirmar una alta carga de placa bacteriana acumulada, asociada a la falta de técnicas de cepillado adaptadas y a la dependencia física mencionada anteriormente, justificando la intervención modular diseñada para los cuidadores y los pacientes.



ANÁLISIS DE NECESIDADES Y BARRERAS ESPECÍFICA

Las rutinas de higiene preexistentes carecían de protocolos estandarizados. Las principales barreras identificadas no fueron solo clínicas, sino pedagógicas: la ausencia de materiales adaptados (81%) y la falta de capacitación específica del cuidador (73%) destacaron sobre las dificultades motoras propias de la discapacidad (78%).

IMPLEMENTACIÓN Y CAPACITACIÓN DE AGENTES DE CAMBIO



La ejecución del programa inició con la capacitación teórico-práctica de 15 implementadores. Tras tres jornadas de formación en técnicas adaptadas y manejo conductual, el 93% de los participantes reportó sentirse preparado para ejecutar el protocolo. La implementación durante seis meses permitió integrar la salud oral en la rutina pedagógica de la Fundación, utilizando el refuerzo positivo y el modelamiento como estrategias centrales.

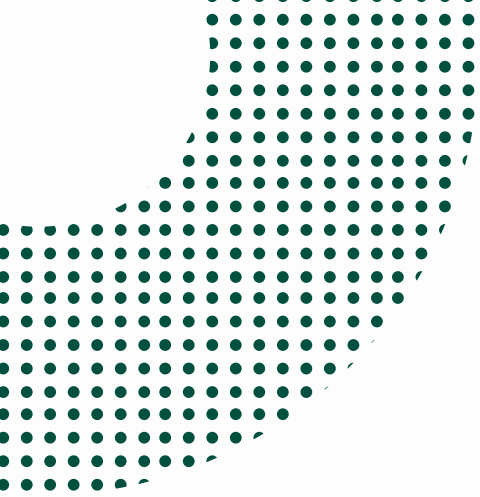


EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA

La comparación entre la línea base y la evaluación final a los seis meses demostró una mejora estadísticamente significativa en todas las dimensiones evaluadas

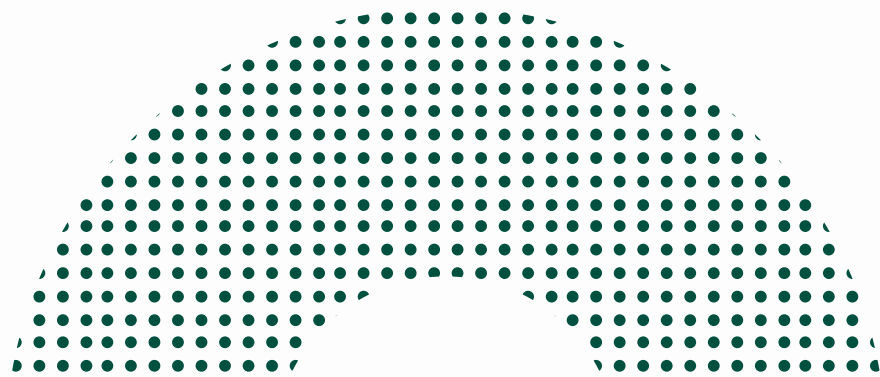
Tabla 3 *Evolución de indicadores de impacto post-intervención (6 meses)*

| Indicador | Línea base | 6 meses | Variación |
|--------------------------------------|------------|---------|-----------|
| Higiene deficiente | 70.3% | 24.3% | -46% |
| Autonomía parcial | 21.6% | 48% | +26.4% |
| Conductas de rechazo | 65% | 26% | -60% |
| Aplicación correcta técnica | 32% | 88% | +56% |
| Cuidadores capacitados con seguridad | 13% | 93% | +80% |



CAMBIOS EN LA CONDUCTA Y PERCEPCIÓN CUALITATIVA

El impacto más notable se observó en la reducción del 60% de las conductas de rechazo. El uso de pictogramas y tableros de comunicación facilitó la predictibilidad de la rutina, disminuyendo la ansiedad ante el cepillado. Los cuidadores reportaron un mayor dominio y confianza en la manipulación de la cavidad oral, logrando que el 82% de los usuarios utilizara correctamente los implementos adaptados al finalizar el estudio.



CONSOLIDACIÓN DEL MODELO REPLICABLE

Como resultado final, se estandarizó una Matriz de Intervención Inclusiva que integra:

1. Protocolos clínicos de seguimiento (IHO).
2. Guías pedagógicas con secuencias gráficas.
3. Estrategias de capacitación modularizadas.


Este paquete técnico se constituye como un producto transferible, validado por la alta satisfacción del personal y los resultados clínicos positivos, cumpliendo con el objetivo de generar una solución sostenible para instituciones de discapacidad.





DISCUSSION





Los resultados obtenidos en la Fundación Sagala corroboran que las intervenciones educativas adaptadas tienen un impacto directo y positivo en la salud bucodental de personas con discapacidad, logrando una reducción del índice de placa bacteriana de un nivel deficiente (42.3%) a uno aceptable/cuestionable (24.7%). Este descenso del 41.6% en el biofilm es consistente con lo expuesto por Alí et al.

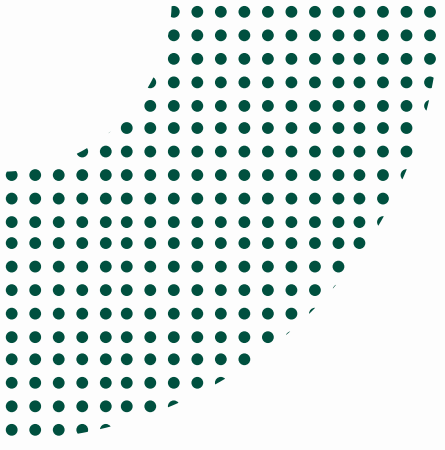
Un punto crítico y revelador de este estudio fue que el 87% de los cuidadores no había recibido formación previa. Esta carencia de competencias explica por qué, antes de la intervención, el 70.3% de la población presentaba una higiene deficiente. Al empoderar al cuidador mediante el uso de pictogramas y técnicas adaptadas, la aplicación correcta del cepillado alcanzó el 88%.

Finalmente, la transición hacia la autonomía parcial (que creció del 22% al 48%) sugiere que el modelo modularizado propuesto trasciende la mejora clínica. A diferencia de intervenciones puramente asistencialistas reportadas en la literatura internacional, este programa fomenta la dignidad y la autodeterminación del paciente.



CONCLUSIONES



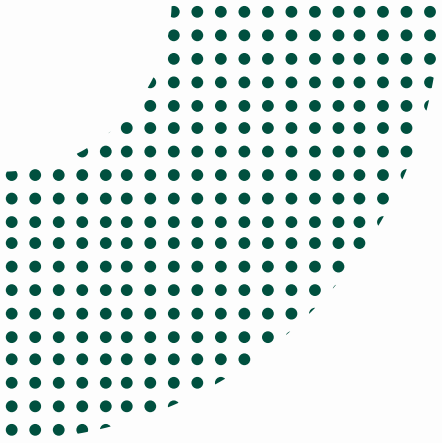


- **Efectividad Clínica:** La intervención demostró ser altamente efectiva al reducir el Índice de Higiene Oral (IHO) de un 42.3% a un 24.7%. Esta disminución del biofilme dental valida que los programas estructurados logran cambios clínicos medibles en poblaciones con discapacidad cognitiva y psicomotora.
- **Impacto en la Autonomía y Conducta:** El programa no solo mejoró la higiene, sino que transformó el comportamiento frente al cuidado oral, logrando una reducción del 60% en las conductas de rechazo y duplicando la autonomía parcial de los usuarios (del 22% al 48%).
- **Rol del Cuidador:** Se ratifica que la capacitación de cuidadores y docentes es el eje de sostenibilidad del modelo. Al elevar la seguridad percibida del personal al 93%, la higiene oral dejó de ser una tarea asistencial para convertirse en una rutina pedagógica integrada.
- **Innovación Pedagógica:** El uso de pictogramas y materiales táctiles demostró ser la herramienta clave para romper las barreras de comunicación, facilitando la comprensión y



REFERENCIAS





- ·Alí, S., Blanco, R., González, M., & Dho, M. (2020). Higiene oral en niños con discapacidad intelectual en una institución de la ciudad de Corrientes. Revista de la Facultad de Odontología, 13(1), 22-29. <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4341>
- ·Consejo General de Colegios de Dentistas de España. (2024). Guía de la salud oral en la discapacidad. Editorial Grupo ICM. <https://www.saludoralydiscapacidad.es>
- ·Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- ·Guerrero Vélez, I., & Adum Lípari, M. (2024). Higiene bucal en niños con discapacidad intelectual. Revista Social Fronteriza, 4(6), e537. [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(6\)537](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(6)537)
- ·Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV). Repositorio Institucional Digital.
- ·Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. Resolución 2626 de 2019.