

**PROGRAMA DE HIGIENE ORAL PARA NIÑOS Y JÓVENES
CON DISCAPACIDAD COGNITIVA, PSICOMOTORA Y DEL LENGUAJE**

INTEGRANTES

**ANGELA PATRICIA PAEZ HERNANDEZ
DIANA CAROLINA SABOGAL ARÉVALO
NELCY MARCELA PAEZ SIERRA
INGRID MARCELA CHAVES REBELLON
LADY KATHERINE ALFARO FIGUEROA**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTA D.C, 2007**

**PROGRAMA DE HIGIENE ORAL PARA NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD
COGNITIVA, PSICOMOTORA Y DEL LENGUAJE**

INTEGRANTES

**ANGELA PATRICIA PAEZ HERNANDEZ
DIANA CAROLINA SABOGAL ARÉVALO
NELCY MARCELA PAEZ SIERRA
INGRID MARCELA CHAVES REBELLON
LADY KATHERINE ALFARO FIGUEROA**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de odontólogo.

**DIRECTOR TEMÁTICO
DOCTORA CARMENZA MACIAS GUTIERREZ
O.D especialista en Odontopediatra**

DIRECTOR METODOLÓGICO

**DOCTORA SONIA BRAVO
O.D Magíster en epidemiología**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ D.C, 2007**

**PROGRAMA DE HIGIENE ORAL PARA NIÑOS Y JÓVENES
CON DISCAPACIDAD COGNITIVA, PSICOMOTORA Y DEL LENGUAJE**

INVESTIGADORES

**ANGELA PATRICIA PAEZ HERNANDEZ
NELCY MARCELA PAEZ SIERRA
INGRID MARCELA CHAVES REBELLON
LADY KATHERINE ALFARO FIGUEROA**

**ASESOR CIENTIFICO
DOCTORA CARMENZA MACIAS GUTIERREZ
O.D especialista en Odontopediatra**

**ASESOR METODOLÓGICO
DOCTORA SONIA BRAVO
O.D Magíster en epidemiología**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C, 2007**

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento al personal administrativo y estudiantes de la corporación seres integrales SERIN por su participación y disposición en este proyecto. también a la Dra. Diana Garzón directora de la institución por su apoyo y confianza, a nuestros asesores por su colaboración para culminar con éxito este trabajo; por último una expresión de cariño a nuestros padres ya que sin su amor, paciencia y apoyo no sería posible alcanzar esta y muchas metas más.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedicamos a los niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y de lenguaje ya que ellos fueron nuestra motivación para llevar a cabo este trabajo de investigación.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	
1. ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS	11
1.1 PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	12
1.3 PROPÓSITO	12
1.4 MARCO REFERENCIAL	12
1.4.1 MARCO CONCEPTUAL	12
1.4.2 MARCO LEGAL	20
1.4.3 MARCO TEÓRICO	21
1.5 OBJETIVO GENERAL	46
1.5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	47
2.1 TIPO DE ESTUDIO	47
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	47
2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	47
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	47
2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	47
2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	47
2.5 PROCEDIMIENTO	48
2.6 CUADRO DE VARIABLES	50
2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	53
3.1 RESULTADOS	53
3.2 DISCUSIÓN	58
3.3 CONCLUSIONES	59
3.4 RECOMENDACIONES	60
GLOSARIO	
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCIÓN

La problemática en cavidad oral en niños y jóvenes con discapacidad consiste en la dificultad para realizar una higiene oral adecuada debido a su poca destreza y limitación en movimientos; lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries, enfermedad periodontal y anomalías oclusales, por ello se requiere diseñar, implementar y evaluar un programa de higiene oral para niños y jóvenes con discapacidad.

Se considera discapacidad a la capacidad limitada para realizar actividades de la vida cotidiana. Estas deficiencias se pueden clasificar según sus características físicas y psicológicas. En cognitiva: disminución y dificultad para realizar y desarrollar conocimientos. Psicomotora: alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales que dificultan los movimientos. Lenguaje: disminución de las funciones mentales imposibilitando la comunicación.

Las discapacidades que encontramos en este estudio son : la **parálisis cerebral** es una condición causada por lesiones en aquellas partes del cerebro que controlan la habilidad de mover los músculos y el cuerpo. El **síndrome de Down** es un trastorno genético en el que se presenta alteración en el numero de cromosomas, hay tres unidades del cromosoma 21 (trisomia 21) en un lugar dos **Autismo**, es un trastorno de socialización, comunicación con falta de respuesta a las personas y estímulos externos. **Déficit de Aprendizaje** es la incapacidad de escuchar, pensar hablar, leer o escribir; pueden también estar presentes confusiones direccionales, dificultades en la secuenciación, y dificultades de mantenimiento de la información en la

memoria de trabajo. **Retardo Mental** que se presenta cuando la función intelectual se encuentra por debajo del promedio normal y se manifiesta durante el periodo de desarrollo.

Esta población por sus limitantes se constituye en una población vulnerable y de alto riesgo de desarrollar enfermedades en su boca. Por lo tanto, es importante educar al paciente con discapacidad y a los adultos que le apoyan para crear hábitos de vida saludables, como lo es, con un correcto hábito de cepillado, de acuerdo al nivel de discapacidad.

Se han desarrollado diferentes estrategias para utilizar en el abordaje y aprendizaje en pacientes con discapacidad. Una de estas son los tableros de comunicación que son un medio visual elaborado con imágenes reales para la asociación de las actividades a realizar. Otra es la Musicoterapia; que se define como el arte y la ciencia de utilizar la música para conseguir objetivos terapéuticos: prevención, restauración y mejora de las áreas psíquica, física, sensorial, social y emocional dentro de una comunidad.

Dado estas deficiencias y limitaciones físicas, es importante saber si ¿ la implementación de un programa mejora la higiene oral en niños y jóvenes con discapacidad?.

Por lo tanto el objetivo del presente estudio fue diseñar, implementar y evaluar la efectividad de un programa de higiene oral para niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje, en la corporación seres integrales (SERIN), durante el primer semestre del año 2006; con el propósito de contribuir en el mejoramiento de la educación en higiene oral de los niños y jóvenes con discapacidad para disminuir el riesgo de enfermedades en la cavidad bucal.

1. ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS

1.1 PROBLEMA

Las patologías orales que se presentan en los pacientes con discapacidad están dadas por el deficiente control de la placa bacteriana debido a la imposibilidad de realizar una buena técnica de cepillado. El nivel de discapacidad de estos pacientes es leve, por eso nos permite dedicarle tiempo a sesiones de motivación en enseñanza de cepillado, como la destreza del paciente no es la suficiente se busca la colaboración en este caso de los padres para que se intensifique el cepillado nocturno, igualmente es importante que los tutores intervengan en esta actividad como un refuerzo de educación al paciente.

Dentro de las estrategias que se utilizaran para llevar acabo el programa esta la musicoterapia la cual consiste en el empleo de la música con fines terapéuticos, por lo general psicológicos para lograr una sensibilización y atraer la atención de los niños. Parte importante de este estudio es lograr saber con que método los padres y tutores aplican las técnicas de cepillado en los niños y jóvenes , si hay uso de enjuagues, seda dental, cremas fluoradas y mediante que mecanismos los niños rechazan estos procedimientos, también en que momento y duración los padres y tutores intervienen en la higiene oral teniendo en cuenta los diferentes tipos de discapacidad tales como : síndrome de down, parálisis cerebral, autismo, retardo mental y trastorno en el aprendizaje y la atención; resaltando las diversas manifestaciones orales que se presentan en estos tipos de pacientes se pueden encontrar maxilar superior pequeño, macroglosia haciendo que la boca se mantenga abierta bajo control de la neuromusculatura orofacial, desarmonias oclusales clase II, microdoncia, problemas periodontales, retraso de la erupción de los dientes.

Dado estas deficiencias y limitaciones físicas, es importante saber si ¿La implementación de un programa mejora la higiene oral en niños y jóvenes con discapacidad?

1.2 JUSTIFICACION

Los niños y jóvenes con discapacidad presentan limitaciones con el manejo de las técnicas para realizar una adecuada higiene oral, por lo tanto es necesario desarrollar un programa de higiene oral, de acuerdo a sus dificultades, valorando la eficacia de los procedimientos aplicados tanto a los niños como a padres y tutores comprobando si se logra disminuir el riesgo de enfermedad en cavidad oral, también sería conveniente reunirse con los padres del niño especial para conocer sobre él, su grupo familiar, su entorno cotidiano, sus limitaciones, habilidades y sus preferencias.

1.3 PROPOSITO

Contribuir en el mejoramiento de la educación en higiene oral de los niños y jóvenes con discapacidad para disminuir el riesgo de enfermedades en la cavidad oral.

1.4 MARCO REFERENCIAL.

1.4.1 MARCO CONCEPTUAL

La odontología con el transcurso del tiempo ha detectado que la prevención es un factor determinante en el proceso salud enfermedad de la población y es la educación en salud oral, una de las estrategias preventivas encaminada a preservarla. Esta ha sido orientada de diversas formas con el fin de encaminar al niño hacia el autocuidado y a la adquisición de hábitos higiénicos.

Estos métodos educativos solo han sido orientados y aplicados a la población sin ninguna clase de limitación física ni mental, desconociendo el principio de universalidad consagrado en la ley 100 de 1993 tal es el caso de la población invidente de Colombia y otros países.

Es por ello imperativo ampliar la cobertura de la enseñanza en salud oral, diseñando nuevos métodos y políticas de educación tendientes a involucrar grupos poblacionales olvidados en el sector de la salud y así producir un impacto social de la profesión.

Desde hace aproximadamente 10 años en Colombia se han realizado escasos estudios enfocados a limitados visuales: estos han centrado sus propósitos en aplicar diferentes métodos educativos para la prevención en salud oral, principalmente el método de lectura táctil braille y material de audio.

De acuerdo a investigaciones anteriores se quiso diseñar y aplicar dos modelos en niños invidentes totales congénitos y así crear en ellos un hábito de higiene oral.

En este estudio se busco evaluar cual de los modelos educativos propuestos: táctil (lectura táctil braille) y audio-táctil (macromodelo con refuerzo sonoro) es mas aceptado por parte de los niños invidentes y establecer cual de estos es mas efectivo en cuanto a interés, capacidad de repetir la actividad enseñada, concentración y aprendizaje para la creación del habito en el niño.

Se pretendió evaluar si el contenido temático y la actividad lúdica impactaron en la percepción de si mismos, de la boca y de esta como parte del cuerpo, como mecanismo de concienciación para la adquisición de hábitos de higiene oral; además, crear un reconocimiento por parte del niño de sus aptitudes y habilidades para reforzar su autoestima, crear independencia y lograr una integración en la sociedad. Siendo para esto determinante, la participación activa de los padres para la eficacia del programa.

Se realizó un modelo audio-táctil: Al realizar la primera etapa de este trabajo se partió del supuesto de que los niños tenían la necesidad de recibir un tipo determinado de instrucción en salud oral: que debido a su limitación visual su concepto sobre la cavidad oral era un concepto errado: que tendrán una pobre higiene oral y que independientemente del sistema social en donde estaban inmersos aceptarían un programa impuesto predeterminado y diseñado

En este estudio participaron 24 niños pertenecientes a centros educativos especiales, cuya edad estuviera entre 7 y 12 años. Ambos modelos se desarrollan en dos fases, cada una de las cuales comprende diferentes talleres.

Para la aplicación de cualquier modelo educativo se debe partir de la población a la cual se pretende llegar.

No se deben aplicar modelos preestablecidos a una población determinada debido a la diferencia socio-cultural de la misma partiendo de ideas supuestas.

Las estrategias o técnicas educativas cualesquiera que ellas sean, generan un mayor impacto cuando se encuentran inmersas en un ambiente de afecto compartido por todos los protagonistas del proceso y ambos parten de la percepción de ellos mismos y del mundo.

Se utilizó la prueba estadística (U de Mann – Whitney) se concluyó que no hay diferencia significativa entre los resultados obtenidos con los dos modelos. Ambos modelos permitieron un cambio de actitud y conductas y lograron concienciar a los niños acerca del sentido que tiene la boca en el contexto de su cuerpo.

Según Alejo y Col. Se recomienda impulsar a que sigan otras líneas de investigación que tengan aplicación e interés de tipo social, igualmente continuar trabajando con tipos poblacionales menos favorecidos y algo olvidados y a su vez

extrapolar este tipo de estudios de investigación a niños sin ninguna limitación para que resalten la importancia de una adecuada salud oral. ¹

El uso de la música como un medio para producir las emociones seguras y el descanso ha sido estudiado exhaustivamente por investigadores. En esta investigación se ha centrado en el uso de la música como un medio para reducir los sentimientos de preocupación y la tensión además de ayudar en la liberación de numerosas patologías. El mecanismo preciso responsable de estos efectos nunca ha sido resuelto. En el informe en curso proponemos que el Oxido nítrico es una molécula muy importante responsable para estos efectos relajantes fisiológicos y psicológicos.

Además la importancia de estas moléculas se extiende mas allá del desarrollo requerido en el sistema auditivo y a nivel del flujo de sangre Cochlear.

La música y sus efectos tranquilizantes han sido demostrados generando un componente emocional grande. Entre mas agradable es la música en el momento de ser escuchada la motivación del cerebro aumenta vinculando las emociones mentales aumentando un sin numero de sensaciones corporales. ²

Los informes recientes por Olimpiadas Especiales Internacionales y el Director de Servicios de Salud de los Estados Unidos han revelado las discapacidades importantes y las necesidades de salud para personas con retraso mental y las otras discapacidades del desarrollo (MR / DD). Estos factores contribuyen a los pacientes con discapacidad incluyendo la desinstitucionalización e incrementando la supervivencia de personas individualmente con RM / DD, se debe proveer apropiadamente de manera entrenada, y financiar adecuadamente los servicios dentales y abordando cada uno de estos problemas por medio de un grupo de estudio orientado como lo son los odontólogos y médicos constituyentes de la academia estadounidense desarrollo medico y odontológico (AADMD).

La misión del AADMD es mejorar la calidad de servicios de seguridad social suministradas a personas con RM / DD mejorando la educación odontológica y médica Entrenando odontólogos e incrementando de manera relevante la investigación.

Un tema de importancia del AADMD es la colaboración plena entre médicos y odontólogos para satisfacer cada uno de sus objetivos. El movimiento nacional en el que la estrategia desarrollada por el AADMD se concentra en crear a series de programas médicos y odontológicos para el desarrollo universal basados en (UDMDPs) en escuelas médicas y dentales, y de este modo colaborar en el servicio, la enseñanza, y la investigación con clínicas de atención primaria para la comunidad, hospitales de comunidad, intermedio

Centros de atención médica, y otros sistemas de entrega del servicio confidenciales como el programa de Olimpiadas Especiales para atletas que sirve para este tipo de pacientes. Las interacciones oral - sistémicas recibirán un énfasis especial por el entrenamiento y los programas de investigación.

Personas individuales con retraso mental y discapacidades del desarrollo (MR/DD) junto con sus familias presentan dificultades para acceder a la atención médica y el cuidado dental. En diciembre 2001, un cirujano de los EE.UU. A través de la Conferencia y el informe general, cerrando el Gap: Un plano nacional para mejorar la salud de personas con retraso mental, 1 reconoció los apuros y prioridades generando un fracaso critico en el momento en que los pacientes accedan al cuidado medico y dental, por ser una población vulnerable. Una de las recomendaciones del cierre del informe del Gap es mejorar el entrenamiento de profesionales en el cuidado de adultos y niños con retraso mental y discapacidades del desarrollo.

Motivar por iniciativa del estado, a través de la Academia para el desarrollo médico y odontológico (AADMD) en mayo del 2002 como una de las 501 organizaciones sin ánimo de lucro a nivel nacional. La visión de la academia enfatiza en observar el desarrollo odontológico y médico motivando a la sociedad de acuerdo a cada una de las necesidades de salud que requieran.³

El riesgo para el desarrollo de caries en niños varía significativamente para grupos etarios diferentes, personas individuales, dientes y superficies. Por lo tanto, de un punto de vista en función de costos, caries, medidas preventivas deben estar integradas y basadas en el riesgo pronosticado de grupo etario más bajo a superficies de dientes individuales. Se debe evaluar esta filosofía y tener en cuenta las experiencias de investigación que se valoran constantemente y reevaluar de manera preventiva los distintos grados y tipos de caries, tanto como los métodos para el pronóstico y riesgo de caries, a través de las necesidades de un programa preventivo observado los efectos de la caries presentando para todo cero (0), personas de diecinueve años.

Del condado de Varmland, Suecia, en 1979. Los objetivos para la evaluación de los sujetos en el programa para personas con 19 años cumplidos fueron:

1. No tener ninguna restauración aproximadamente.
2. No tener ninguna restauración de amalgama en la superficie oclusal.
3. No tener ninguna pérdida de inserción o alteración periodontal
4. Motivar y apoyar las personas de modo individual para asumir la responsabilidad y cuidados de su propia salud.

El efecto del programa es valorado una vez de manera anual en el menos un 100% de un programa epidemiológico computarizado de 1979. La mayoría de los programas preventivos individualizados los realizan higienistas dentales en mayor frecuencia que los mismos odontólogos y asistentes a escuelas de odontología. El

Índice de caries fue reducido más de un 90% en todos los grupos erarios. No desarrollan cualquier lesión de caries nueva en 1999.

Como consecuencia la incidencia de caries era dramáticamente reducida. En personas entre los 12 y 19 años de edad.

La cantidad de superficies afectadas de manera individual fue reducida de 6 a 0.3 y de 23 a 2 respectivamente. En personas de diecinueve años el numero aproximado era <1. Desde 1995 no hemos sido permitidos hacer Amalgama en personas diecinueve años en Suecia. Como un efecto de nuestro programa de control de placa y mejorando la calidad de vida hubo prevención de la perdida de superficie interproximal y debido a la educación eficiente gran cuidado en el diagnostico. ⁴

El acceso al cuidado dental y entrega de calidad en los servicios de salud dentales son importantes para los niños con necesidades especiales. Los autores inspeccionaron a los padres de niños con necesidades especiales en Alabama para determinar sus percepciones de acceso y barreras al cuidado dental para sus niños.

Los autores realizaron una encuesta a 2.057 padres de niños con edades entre 3 a 13 años con el labio y paladar hendido; parálisis cerebral, o CP; y otro tipo de desordenes craneomandibulares registrados en una base de datos proporcionada por los Servicios de Rehabilitación de Niños de Alabama. Los autores dirigieron el análisis univariado y multivariado para calcular proporciones de desigualdades e intervalos de confianza en un 95%.

Un Ochenta y cinco por ciento de los encuestados informaron que sus niños habían recibido algún formulario de cuidado dental rutinario. Sin embargo, 35 por ciento de los padres informaron que ellos habían tenido problemas para encontrar

dentistas y de este modo que sus niños recibieran un tratamiento de acuerdo a cada una de sus necesidades

Se obtuvo una muestra del estudio en una base de datos proporcionada por los Servicios de Rehabilitación de Niños, o CRS, de Alabama. Se limitó la muestra a los padres de niños con edades entre 3 a 13 años que tenían uno o más de los diagnósticos siguientes: labio o paladar hendido u otros desórdenes del desarrollo craneofacial y la parálisis cerebral, o CP entre otros.

Se adaptó la encuesta del estudio, en parte, de acuerdo a la Valoración del Consumidor de Planes de Salud entre 20 padres y acudientes de los niños de acuerdo a la base de datos de CRS. Se realizaron preguntas de acuerdo a la tabla de la revisión institucional en la Universidad de Alabama en Birmingham a partir de un estudio realizado en septiembre 21 de 1999.

Se envió por correo una encuesta a cada uno de los padres de los 2,057 de acuerdo a la base de datos que se encontró. Una proporción en la contestación inicial fue de un 21 por ciento. Se envió luego otra encuesta a los padres que no habían respondido y se obtuvo una contestación global del 38% lo que equivale aproximadamente a (N = 714).

Ochenta y siete por ciento de las personas encuestadas dijeron que sus niños tenían algún formulario de seguro dental; 64 por ciento de estos niños tenían ingreso a Medicina, 29 por ciento tenían seguro privado, y 7 por ciento tenían seguro de EPS. La invalidez normalmente informada era parálisis cerebral CP (37 por ciento) siguió estrechamente por los desórdenes del epilepsia (34 por ciento) y labio o paladar hendido (24 por ciento).

Aproximadamente 85 por ciento de los padres informaron que sus niños recibieron el cuidado dental rutinario. Casi 73 por ciento de estos niños tenían un contacto

con el odontólogo en el último año, 26 por ciento tenían un contacto con el odontólogo una vez por año, y 74 por ciento tenían contacto con el odontólogo dos o más veces por año. La edad promedio de la primera visita al odontólogo era a la edad de 3 años. Aproximadamente el 81 por ciento de niños tenían su primera visita dental rutinaria antes de 6 años de edad.

El siguiente 15 por ciento de los padres dijeron que sus niños no recibieron el cuidado dental rutinario. La razón de esto es que la mayoría de las aseguradoras no estaban dispuestas de tratar a los niños con invalidez. UN total de 41.1 por ciento debido a un desarrollo conductual severo de sus niños no están recibiendo el cuidado dental rutinario. ⁵

1.4.2 MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA DE 1991

De los derechos las garantías y los deberes.

Art. 47. El Estado adelantara una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales, síquicos, a quienes se prestara la atención especializada que requieran.

Art. 44. ... párrafo ultimo. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

1.4.3 MARCO TEÓRICO

HIGIENE ORAL

Ejecución de una serie de actividades utilizando diferentes elementos relacionados directamente con el control de placa bacteriana.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN

La salud oral debe considerarse como uno de los principales factores de la salud y el bienestar general de la sociedad, por lo cual es importante contar con un programa preventivo en el que se cumplan los objetivos, actividades y metas que garanticen la búsqueda de una salud óptima.

Tradicionalmente la práctica de la odontología ha seguido una llamada filosofía restauradora en la que el paciente va al consultorio cuando ya tiene una enfermedad activa (caries, odontalgia, exodoncias indicadas, entre otras). El odontólogo debe entonces dedicar sus esfuerzos a recuperar las estructuras perdidas.

Con ésta filosofía no se expresa preocupación, ni se hace esfuerzos por conocer las causas de los problemas del paciente para impedir su recurrencia.

Algunos componentes de una odontología preventiva son:

- a.** Considerar al paciente como un ser integral y no limitarlo sólo al entorno bucal.
- b.** Proveer al paciente de la educación y la motivación necesaria para mantener su propia salud, así como la de su familia y la de los miembros de su comunidad.
- c.** Mantener al paciente sano

Los programas de prevención deberán dirigirse a los grupos más vulnerables que

adicionalmente garanticen la conservación de la salud bucal, desde edades tempranas con la madre y el padre, como elementos de reconocida influencia en la salud y educación familiar.

Pasos para ejecutar un programa de odontología preventiva:

- 1.-Sensibilización hacia la cultura preventiva
- 2.-Personal entrenado en forma adecuada
- 3.-Recursos e insumos necesarios para el desarrollo de actividades preventivas
- 4- Diseño del Plan de Acción a ejecutar

Ámbitos para el desarrollo del programa

En la práctica diaria de la odontología, el cumplimiento de los ideales de la odontología preventiva puede lograrse sólo a través de un programa cuidadosamente planeado, adaptado a las características y necesidades particulares de cada paciente individual o de una comunidad específica. En términos generales, tal programa puede dividirse en tres componentes: El primero a ser llevado a cabo en el consultorio, el segundo por medio de acciones colectivas y el tercero con el paciente en su hogar siguiendo las directivas previstas por el profesional.

Introducción del paciente a la cultura de la odontología preventiva

La atmósfera de confianza y comprensión entre pacientes, la actitud y las palabras de los miembros del equipo de salud oral, deben estar planeados para reforzar continuamente la filosofía preventiva. Durante su primer contacto con el paciente, el odontólogo debe aprender quien es el paciente, que es lo que espera, la fuente y la magnitud de cualquier temor que pudiera tener, también debe determinar lo que el paciente sabe, e ignora sobre la odontología preventiva y su objetivo final, es decir, el mantenimiento de todos los dientes naturales en una boca sana, durante tanto tiempo como sea posible, idealmente por toda la vida, de manera que el primer requisito para la motivación exitosa del paciente, es el conocimiento

por parte del odontólogo y del personal del consultorio de los múltiples beneficios que producirá la odontología preventiva.

Diagnóstico y evaluación de las necesidades preventivas del paciente

Algunas de las necesidades preventivas de los pacientes pueden ser determinadas directamente por el examen clínico. Los procedimientos más comunes para determinar las necesidades preventivas son:

1. Evaluación de la placa: determinación de la presencia y cantidad de placa.
2. Evaluación de la mucosa oral: determinación de la presencia y grado de inflamación gingival, evaluación de la hemorragia del surco.
3. Hábitos de higiene oral
4. Evaluaciones de la dieta".

Control y Remoción de la placa bacteriana

Un programa de control de placa debe ser llevado a cabo paso a paso, al ritmo que la comprensión de cada paciente lo permita. Con el objeto de no lastimar psicológicamente al paciente, debe tenerse cuidado con la implicación de que la placa representa una falta de cuidado personal y de higiene. Un modo de manejar esta situación, es demostrar al paciente que la presencia de placa es universal y que afecta prácticamente a todo el mundo.

El primer paso es hacer que el paciente reconozca que tiene placa y que esta ubicada en su boca, y no una entidad abstracta sin relación clara con su organismo y su salud. Esto se hace empleando un compuesto revelante, porque la placa, a menos que sea extremadamente abundante, es transparente y clínicamente invisible.

Para tal efecto, se hace necesario pigmentar la placa bacteriana mediante

componentes colorantes cuyas presentaciones comerciales son en comprimidos y soluciones. Si se emplean comprimidos, se le da uno al paciente y se le pide que lo disuelva en la boca, y luego que haga fluir la saliva en torno de los dientes. Cuando se usan soluciones, se colocan 2 o 3 gotas entre la lengua y la cara lingual de los incisivos inferiores, y se hace correr la saliva alrededor de los dientes. En ambos casos la aplicación debe ser seguida por uno o dos enjuagues con agua limpia antes de que se comience el examen de placa.

El segundo paso del programa es mostrar los efectos de la placa al paciente; esto puede hacerse con figuras, fotografías, diapositivas, películas o aún mejor, señalando aquellos defectos tales como caries e inflamación gingival directamente en la boca del paciente.

El tercer paso se le demuestra al paciente que la placa bacteriana puede ser retirada y que, el paciente puede hacerlo. A este fin, el operador debe dar al paciente un cepillo de dientes y un espejo de mano, e invitarlo a remover "lo pigmentado" de acuerdo a su técnica personal, verificando las áreas donde presenta dificultad y corregir su cepillado.

En algunos casos, los pacientes no son capaces de colocar el cepillo en forma adecuada debido a patrones musculares peculiares, cicatrización anormal de fracturas de la mano o del brazo, mala coordinación neuromuscular, entre otros. En estos casos, en lugar de insistir en un cambio que no se va a producir, el profesional o la higienista oral, deben modificar el cepillo de manera que pueda adaptarse a la posición particular de la mano del paciente. Por ejemplo, en doblar el mango del cepillo.

Por otra parte cuando el paciente haya adquirido la habilidad adecuada en el cepillado, se le instruye sobre el uso de la seda dental, el cual es necesario para retirar de las caras interproximales la placa bacteriana que por medio del cepillado

es imposible retirar.

Se corta de 20-30 cm. del hilo y enrolla las puntas alrededor de los dedos para su manipulación se deja 5-7 cm. de parte activa e introduce en los espacios interproximales hasta llegar a la zona subgingival.

QUE ES Y QUE NO ES UN PROGRAMA

Programa significa, desde el punto de vista etimológico, anunciar por escrito. Un programa es también un documento y muchas de las ventajas que tiene trabajar con programas de salud proceden del hecho de que existe un documento donde se indica lo que se va a hacer para lograr unas determinadas metas.

Así pues, los aspectos esenciales que caracterizan a un programa son la existencia de una serie de actividades explícitamente encaminadas a alcanzar unos objetivos y el hecho de que todo ello se encuentre plasmado en un documento. Naturalmente, existen otros elementos que son útiles a la hora de elaborar programas. Conviene diferenciar el concepto de programa de salud de otros instrumentos con los que comparte ciertas similitudes, como pueden ser: un proyecto una campaña y un protocolo.

Un proyecto comparte con los programas varios aspectos esenciales: especifica unos objetivos a alcanzar mediante unas acciones y suele estar escrito en un documento. Pero a diferencia de los programas, los proyectos tienen una duración limitada en el tiempo. Los proyectos suelen tener muy bien definidos sus objetivos, que suelen ser concretos.

Es muy frecuente que los programas requieran el desarrollo de determinados proyectos para su puesta en marcha, como puede ser la construcción de un edificio, un curso de formación de profesionales etc. En definitiva, la denominación

de proyecto se suele aplicar a propuestas muy concretas, limitadas en el tiempo y que pueden apoyar el desarrollo de programas.

Una campaña también comparte varios aspectos con los programas, aunque solemos llamar campañas a acciones limitadas en el tiempo y con ciertas características de excepcionalidad o emergencia. Actividades ante epidemias han sido denominadas muchas veces campañas.

Un protocolo es diferente a un programa, aunque ambos sean instrumentos que pueden ser igualmente útiles. Un protocolo puede ser una de las partes de un programa o estar elaborado aisladamente. Pero son dos conceptos distintos. Al elaborar un programa es habitual cometer el error de hacer un protocolo clínico exhaustivo, al que luego se asignan unos objetivos muy generales. Existen importantes diferencias entre un programa y un protocolo, No obstante muchos programas requieren la elaboración de protocolos clínicos, donde se especifican las pautas de diagnóstico y terapéuticas correspondientes.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE TRABAJAR CON PROGRAMAS

Los programas tienen tanto beneficios como efectos secundarios, que debemos vigilar y tener en cuenta. Los programas constituyen un potente instrumento para hacer mejor las cosas en materia de asistencia sanitaria y salud pública; creemos que las ventajas superan con mucho a los posibles inconvenientes y que estos últimos pueden ser soslayados si reconocemos su existencia.

La reflexión y las discusiones que exige la elaboración de un programa pueden ayudar a un grupo de trabajo o a una organización a precisar como se quiere realizar el trabajo y cuales son las expectativas. El hecho de vincular “las cosas que se van a hacer” con “lo que se espera conseguir” es útil a la hora de seleccionar el tipo de acciones mas adecuadas. Aunque parezca obvio, si

pensamos detenidamente las actividades antes de hacerlas, mejorara la calidad de nuestro trabajo.

Ventajas e inconvenientes de trabajar con programas

Hacer un programa puede servir para:

1. Definir el futuro deseado
2. Canalizar mejor las actividades, al relacionarlas con los objetivos.
3. Hacer mejor las cosas, al pensar detenidamente en ellas antes de hacerlas.
4. Negociar y decidir acciones coordinadas
5. Transmitir información
6. Delegar responsabilidades y tareas
7. Disminuir la incertidumbre

Inconvenientes que puede presentar:

1. Perder el tiempo
2. Obligar a hacer igual lo que no se tiene que hacer igual
3. Desintegrar la atención clínica individual
4. Desviar el consumo de recursos hacia actividades no prioritarias.

El documento del programa puede convertirse en una especie de contrato que exprese el consenso alcanzado después del proceso negociador que debe implicar la realización de un programa. También es útil para transmitir lo que se tiene previsto hacer, tanto a otras unidades de la organización como a la población. Naturalmente, si se quiere dar uso a este documento del programa deben considerarse los aspectos formales y de lenguaje.

Determinadas tareas, así como las responsabilidades correspondientes, pueden especificarse en el programa y, en algunos casos este puede ser el instrumento de delegación de unas unidades en otras o de unos profesionales en otros, aunque a este respecto deben valorarse los aspectos normativos y legales que procedan.

Una gaceta interesante de la elaboración de programas es que permite reducir la incertidumbre que acompaña a muchas decisiones, tanto en el campo de la gestión de servicios como en el trabajo clínico. El tener presente las medidas que van a ser aplicadas ante una determinada situación puede servir de gran ayuda en la toma cotidiana de decisiones. Muchas otras son las ventajas de trabajar con programas, pero, también tiene sus desventajas, que debemos conocer y tratar de controlar.

Uno de los peligros más evidentes que tiene la elaboración de programas es dedicar más tiempo del conveniente a pensar como vamos a hacer el trabajo, en detrimento de la propia realización del mismo. Escribir gruesos documentos de programas para, posteriormente, no modificar las cosas, constituye una pérdida de tiempo. No existen reglas que ayuden a decidir cuanto es el tiempo adecuado que debemos destinar a elaborar programas, pero debemos ser conscientes en todo momento que programamos para hacer mejor las cosas; programamos para actuar. Así pues, debemos guiarnos por el sentido común.

Otro riesgo de los programas es la utilización para obligar a hacer de la misma forma actividades que requieren diferentes métodos de actuación. Y este riesgo es muy importante en el trabajo clínico, ya que, no existen enfermedades sino enfermos. Los programas deben permitir una aplicación razonablemente flexible de sus propuestas, tanto sobre los pacientes como sobre las comunidades. También deben permitir la introducción de innovaciones. Una evaluación inteligente del programa constituiría el mejor antídoto para evitar que tanto los casos particulares como las innovaciones lo conviertan en papel mojado.

Otro inconveniente a tener muy en cuenta es el riesgo de desintegración de la atención clínica individual que presentan los programas asistenciales. Una posibilidad es no crear excesivos instrumentos específicos para cada programa (hojas de registro, protocolos independientes de la historia clínica, etc.) sino los imprescindibles.

Por ultimo podemos, podemos comentar que el hecho de realizar un programa facilita la consecución de recursos para una determinada acción, pero esta ventaja se puede convertir en desventaja si hacemos programas para realizar acciones poco prioritarias, o poco relevantes. Los esfuerzos de programación deben ir dirigidos a temas importantes.

Requisitos del programa

Esta fase engloba un conjunto de aspectos relativos a necesidades que existen para la puesta en práctica de las actividades previstas en el programa.

Un programa requiere para su realización de profesionales de la salud y de otras áreas. En ocasiones es precisa la incorporación de nuevos recursos humanos, pero otras veces bastara con la aportación de una determinada cantidad de tiempo de trabajo por parte de las diversas categorías de profesionales.

También son necesarios recursos materiales, bien de carácter inventariable o bien perecederos, si el equipamiento y los suministros no se encuentran disponibles en cantidad suficiente, habrá que proceder a su adquisición.

Un programa requiere una cierta organización. Un requisito casi siempre indispensable es la designación de un responsable o director del programa, así como el establecimiento de una estructura, unidades organizativas y sistemas de comunicación.

El diseño de la organización del programa debe tener en cuenta las estructuras de organización de las instituciones sobre las que se asienta. Además se ha de intentar diseñar estructuras organizativas sencillas y claras, que resulten transparentes para todos los integrantes involucrados en la realización del programa, así como para la población receptora de los beneficios del mismo. Para lograr el progresivo perfeccionamiento del programa es necesario disponer de mecanismos de evaluación de los resultados, de los resultados, del funcionamiento y de los resultados utilizados.

Además de los mecanismos de evaluación, debe reflexionarse sobre la conveniencia de otros tipos de mecanismos de control, como pueden ser los colegas de la profesión, los responsables políticos implicados, la comunidad afectada y los usuarios y otros receptores del sistema.

Un programa precisa para su funcionamiento, evaluación y gestión de informaciones en el tiempo y en la forma adecuada. Debe planificarse la recolección, procesamiento y utilización de esa información. No obstante, el criterio fundamental a la hora de diseñar el sistema de información adecuado debe ser el de intentar generar el menor número posible de nuevos dispositivos.

DISCAPACIDAD

Aunque muchas personas nacen con alguna discapacidad, muchas otras ven que la disminución de las capacidades físicas o mentales se produce de forma natural con el tiempo o bien como resultado de accidentes o enfermedades. Algunas veces estos cambios pueden ser temporales, otras veces pueden ser permanentes.

Las personas con discapacidad son Individuos que tienen limitaciones para realizar ciertas actividades de la vida cotidiana y restricciones en la participación

social por causa de una condición de salud y de barreras físicas, ambientales, culturales y sociales de su entorno.¹

Por lo tanto discapacidad hace referencia a deficiencias o alteraciones en las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades que puede realizar una persona, así como restricciones en la participación en los espacios de la vida cotidiana.²

Discapacidad cognitiva

Aquella que presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y, por ende, en el aprendizaje. El concepto de discapacidad cognitiva no se refiere a categorías diagnósticas como retraso mental o dificultades de aprendizaje, sino que constituye un concepto más ecológico y funcional, que alude al desempeño cognitivo de cualquier persona.

Todas las personas con síndrome down presentan discapacidad cognitiva. Este concepto hace parte del de discapacidad Intelectual, comprendido como la dificultad para desarrollar las conductas necesarias para adaptarse con éxito al entorno.³

Discapacidad Psicomotora

Es la acción del Sistema Nervioso Central que crea una conciencia en el ser humano sobre los movimientos que realiza a través de los patrones motores, como la velocidad, el espacio y el tiempo.

El término psicomotora se divide en dos: el motor y el psiquismo, que constituyen el proceso de desarrollo integral de la persona. La palabra motor se refiere al movimiento, mientras el psico determina la actitud psíquica en dos fases: el socio

afectivo y cognitivo. En otras palabras, lo que se quiere decir es que en la acción del niño se articula toda su efectividad, todos sus deseos, pero también todas sus posibilidades de comunicación y conceptualización.⁴

Discapacidad del lenguaje

El retraso simple del lenguaje puede aparecer desde el nacimiento o durante su etapa de crecimiento, en cualquiera de los niveles que componen el lenguaje; estos afectan sobre todo la expresión y en algunos casos la comprensión sin que la causa se deba a una deficiencia auditiva o trastorno neurológico. Esto se evidencia en desarrollo del lenguaje lento que no corresponde a la edad cronológica.

Se trata de una disfunción del lenguaje de tipo evolutivo con desfase cronológico. Aparece en niños en los que no se encuentran alteraciones de tipo intelectual, relacional, motriz o sensorial, aunque afecta a más de un módulo del lenguaje, en especial a la fonología y la sintaxis. Lo más normal es que se presente como una insuficiencia del aspecto lingüístico a nivel expresivo, comprensivo y articulatorio.⁵

SÍNDROME DE DOWN

El síndrome de Down es una condición genética causante de la mayoría de los casos de retraso mental. Aparece con una frecuencia de 1 de cada 700 nacimientos vivos, y no tiene distinción de ambiente geográfico o de clase social. Su elevada incidencia en la población hace del síndrome de Down el más llamativo de todos los síndromes humanos de origen genético.⁶

Un individuo con síndrome de Down presenta un cuadro con distintas anomalías que abarcan varios órganos y sistemas, debido a un desbalance que afecta a numerosos genes. Los signos y síntomas más importantes son: retraso mental, corta estatura corporal, hipotonía muscular marcada (flaccidez muscular), marcado

pliegue epicántico de los ojos, abertura palpebral sesgada hacia arriba y afuera, rasgos faciales aplanados, cuello corto y piel abundante en la nuca, hipoplasia maxilar y del paladar que determinan la protrusión de la lengua, dedos cortos con hipoplasia de la falange media del quinto dedo y pliegues anormales en las manos, pies con una amplia abertura entre el primer y el segundo dedo, con un surco que se extiende proximalmente en la superficie plantar, alteraciones cardíacas congénitas (en un 40% de los casos), generalmente por defectos del tabique ventricular, conducto arteriosos permeable, estenosis duodenal, en caso de ojos claros, aparición de manchas de Brushfield (manchas blancas colocadas en forma concéntrica en el tercio más interno del iris), riesgo elevado de desarrollar cataratas u otros trastornos visuales relacionados con defectos de los cristalinos, deficiencias en el sistema inmunitario, incremento de la susceptibilidad a las infecciones, aumento (20 a 50 veces) del riesgo de padecer leucemia.⁷

El síndrome de Down es una condición en la que se encuentra una alteración de los cromosomas: produciéndose una desviación en el desarrollo de las células lo cual resulta en la producción de 47 cromosomas en lugar de las 46 que se consideran normales. El cromosoma adicional cambia totalmente el desarrollo ordenado del cuerpo y cerebro. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico del síndrome de Down se hace de acuerdo a los resultados de una prueba de cromosomas que es suministrada poco después del nacimiento del niño.

Los individuos con síndrome de Down típicamente son más pequeños que sus compañeros normales, y su desarrollo físico e intelectual es más lento.

Aparte de un distintivo aspecto físico, los niños con síndrome de Down frecuentemente experimentan problemas relacionados a la salud. Por causa de la baja resistencia, estos niños son más propensos a los problemas respiratorios. Los problemas visuales, tales como los ojos cruzados y la miopía, son comunes en los niños con síndrome de Down, al igual que la deficiencia del habla y del oído.

En muchos casos los niños con síndrome de Down son propensos a subir de peso con el tiempo. Además de las implicaciones sociales negativas, este aumento de peso amenaza la salud y longevidad de estos individuos. Una dieta controlada y un programa de ejercicio podrían presentar una solución a este problema. 8

AUTISMO

El autismo no es una enfermedad, sino más bien una alteración del desarrollo de las funciones del cerebro. Las personas con autismo muestran tres tipos de síntomas: interacción social limitada, problemas con la comunicación verbal y no verbal con la imaginación y actividades e intereses limitados o poco usuales. Los síntomas de autismo usualmente aparecen durante los primeros tres años de la niñez y continúan a través de toda la vida.

El autismo es considerado como un trastorno mental que afecta especialmente a los niños. El sujeto se aísla del entorno, encerrándose en sí mismo y concediéndole una atención cada vez menor a la realidad que lo rodea.

- Relaciones sociales recíprocas anormales.
- Alteraciones de la comunicación y el juego imaginativo
- Limitación de la gama de actividades e intereses.
- Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
- Falta de reciprocidad social o emocional.
- Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).
- En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
- Empleo repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.

- Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.
- Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).
- Preocupación persistente por partes de objetos.

Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.

Las personas con trastorno autista pueden mostrar una amplia gama de síntomas comportamentales, en la que se incluyen la hiperactividad, ámbitos atencionales muy breves, impulsividad, agresividad, conductas auto-lesivas, y especialmente en los niños rabieta.

Puede haber respuestas extrañas a estímulos sensoriales. Por ejemplo, umbrales altos al dolor, hipersensibilidad a los sonidos o al ser tocados, reacciones exageradas a luces y olores, fascinación por ciertos estímulos.

Una de las áreas del desarrollo que sufren mayor alteración en la persona con autismo es la de la comunicación. Sintetizando, podemos decir que a lo largo de la vida de la persona con autismo se suelen presentar dos alteraciones en esta área. En los primeros años es muy generalizado un retraso en el desarrollo de la comunicación.

Posteriormente, en algunos casos este retraso persiste por muchos años, incluso toda la vida, pero en los demás, da paso a un peculiar desarrollo alterado de la comunicación

Normalmente, las personas con autismo muestran por lo menos la mitad de las características que se describen a continuación. Estos síntomas pueden variar de leves a severos y la intensidad también puede variar de un síntoma a otro. Además, el comportamiento se da en muchas situaciones diferentes y es claramente inapropiado para su edad. 9

PARALISIS CEREBRAL

Es la parálisis de uno o más miembros debido a una enfermedad del encéfalo o del cerebro, es un grupo de trastornos motores que alteran los movimientos voluntarios y la postura, ocasionados por una afección en el cerebro en desarrollo del niño.

La lesión cerebral no puede ser reparada, sin embargo la parálisis no es progresiva. Este tipo de discapacidad produce alteración en la visión, la audición, el lenguaje, la coordinación y habilidades mentales. El daño al cerebro puede resultar en un Retardo Mental, convulsiones o dificultades para el Aprendizaje, respiración, alimentación y digestión. El grado de incapacidad depende de la severidad y localización del daño en el cerebro.

Es un padecimiento que principalmente se caracteriza por la inhabilidad de poder controlar completamente las funciones del sistema motor. Esto puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios, y/o trastornos de postura o movilidad del cuerpo.

La parálisis cerebral no es una enfermedad, no es contagiosa y no es progresiva. Es más bien causada por una lesión al cerebro y no a los músculos. Esta lesión puede ocurrir durante o poco después del nacimiento. Entre los factores que pueden causar se encuentran: la falta de oxígeno, enfermedades, envenenamiento o lesión en el cerebro.

Es una lesión en el encéfalo, irreversible y no progresiva que se da antes durante o después del nacimiento (hasta 6 u 8 años) ocasionando problemas neuromotores o en movimiento, problemas de lenguaje y a veces afecta la inteligencia, también puede acompañarse de crisis convulsivas.

Es toda anomalía de función motora, debido a un efecto, lesión o enfermedad del sistema nervioso de la cavidad craneal de tipo irreversible. 3 causas o periodos: prenatal, peri natal, postnatal. Las características de la parálisis cerebral son: rigidez, temblor, atetosis y ataxia.

En muchos de estos niños no puede identificarse la causa de la parálisis cerebral y, cuando puede ser identificada, generalmente responde a algún trastorno padecido previamente al nacimiento. En aproximadamente el 10% de los casos se le ha asociado a una asfixia durante el parto. Entre las causas más frecuentes asociadas encontramos a los traumatismos maternos durante el embarazo, ictericia neonatal, asfixia durante el parto y cualquier trastorno padecido durante el embarazo.

La parálisis cerebral puede ser leve, moderada, o severa:

Parálisis cerebral leve: puede significar que el niño es torpe.

Parálisis cerebral moderada: puede significar que el niño camina cojeando. Podría necesitar un aparato ortopédico o bastón.

Parálisis cerebral más severa: puede afectar todos los aspectos de las habilidades físicas del niño.

Terapia física: la cual ayuda al niño a desarrollar músculos más fuertes tales como aquéllos en las piernas y cuerpo. Por medio de terapia física, el niño trabaja en destrezas tales como caminar, sentarse, y mantener el equilibrio.

Terapia ocupacional: la cual ayuda al niño desarrollar destrezas motoras finas, tales como vestirse, comer, y escribir entre otras tareas de la vida diaria.

Terapia del habla-lenguaje: la cual ayuda al niño a desarrollar destrezas para la comunicación.

También hay disponibles una variedad de equipos y juguetes adaptados para ayudar a los niños a jugar y divertirse mientras hacen trabajar sus cuerpos. Actividades tales como nadar o equitación pueden ayudar a fortalecer los músculos más débiles y relajar aquéllos que están más apretados. 10

RETARDO MENTAL

El retardo mental significa que el funcionamiento intelectual es menor de lo normal con limitaciones del funcionamiento adaptativo. El retardo mental se presenta en personas de todas las razas y es el trastorno más frecuente del desarrollo, ya que afecta a aproximadamente un 1% de la población general, pero los efectos sobre el funcionamiento de la vida diaria dependen de su gravedad y de los deterioros asociados. Los niños con retraso leve (alrededor de un 85% de los que presentan retardo mental) suelen aprender a hablar y llegan a ser independientes para cuidar de sí mismos, a pesar de que su ritmo de desarrollo es más lento de lo normal.

El retardo mental se debe a muchas causas diferentes, aunque en ocasiones no se identifica una evidente.

- Las causas genéticas incluyen el síndrome de Down, que es consecuencia de poseer un cromosoma 21 adicional, y el síndrome del X frágil, resultado de tener un cromosoma X anómalo.
- Durante el embarazo las infecciones aumentan el riesgo de dar a luz un bebé con retardo mental.

- Durante el embarazo el consumo de alcohol puede ser causa del trastorno de espectro de alcoholismo fetal. Los niños presentan una serie de problemas físicos y retraso mental. Durante el embarazo, el consumo de otras drogas es ocasionalmente causa de retraso mental.
- Otras posibles causas de retardo mental son lesión del cerebro después del nacimiento debido a falta de oxígeno, traumatismo físico o desnutrición. 11

DÉFICIT DEL TRASTORNO DE ATENCIÓN O DEL APRENDIZAJE

Alteración causada por una dificultad del sistema nervioso que afecta la captación, elaboración o comunicación de información estos niños son (Dislexia). Algunos son hiperactivos y/o distraídos, con períodos de atención muy cortos, estos niños tienen tratamiento y su condición no reviste gravedad, por lo general; pero si el trastorno no se detecta y se trata a tiempo, el problema puede aumentar y complicarse rápidamente. Un niño que en la escuela elemental no aprende a sumar, al llegar a la escuela superior, no podrá entender álgebra. El niño que trata de aprender con gran esfuerzo se frustrará progresivamente y desarrollará problemas emocionales como falta de autoestima, resultado de los fracasos repetidos. Algunos niños con problemas de aprendizaje pueden presentar también problemas de conducta. Los padres deben conocer los signos que con mayor frecuencia indican problemas de aprendizaje en el niño.

1. Dificultad en atender o seguir instrucciones.
2. Dificultad para recordar lo que se le acaba de decir.
3. Fracasos académicos como consecuencia del poco dominio de destrezas de la lectura, escritura y/o aritmética.
4. Dificultad en distinguir entre la derecha y la izquierda, por ejemplo, confunde **25** con **52**, la **b** con la **d**, la por **ai**, u **on** por **no**, etc.

5. Defectos en coordinación --cuando camina, en los deportes, en actividades manuales sencillas como sostener un lápiz, amarrarse los zapatos o hacer un lazo--.
6. Extravía sus notas del colegio, sus libros, libretas y otros materiales.
7. No puede aprender los conceptos de tiempo; confunde "ayer", "hoy", "mañana".

El psiquiatra o psicólogo infantil trabajará en colaboración con los educadores y personal de la escuela, para hacer pruebas que puedan detectar la razón de la dificultad en el aprovechamiento y la presencia de problemas específicos de aprendizaje. Después de entrevistar al niño y la familia, y de evaluar la situación, el psiquiatra o psicólogo infantil hará recomendaciones relacionadas con la ubicación escolar apropiada para el niño, la necesidad de ayudas especiales, como terapia académica, ocupacional, o del habla, y tomará las medidas necesarias para ayudar a que el niño desarrolle al máximo su potencial.

En ocasiones el psiquiatra recetará medicamentos, cuando sea necesario controlar la hiperactividad y/o distraibilidad. Trabajarán con el niño en el fortalecimiento de su confianza en sí mismo, elemento esencial para el desarrollo emocional saludable. Ayudará también a los padres y otros miembros de la familia para enfrentarse a la realidad de vivir con un niño con problemas específicos de aprendizaje.

Las causas del retardo mental son numerosas, pero se determina una razón específica para esta condición en sólo el 25% de los casos.

La falta de adaptación normal y de crecimiento intelectual puede hacerse evidente en los primeros años de vida o, en los casos de un retardo leve, su identificación puede tardar hasta la edad escolar y más. Se puede hacer una evaluación de los

comportamientos de adaptación apropiados para la edad mediante pruebas de evaluación del desarrollo. La incapacidad para cumplir con los acontecimientos fundamentales del desarrollo sugiere la presencia de un retardo mental.

La familia puede sospechar retardo mental cuando las habilidades motoras, del lenguaje y de autoayuda no parecen desarrollarse en un niño o cuando se desarrollan a un ritmo mucho menor que en otros niños de su edad.

El grado de deficiencia producto del retardo mental varía desde deficiencia profunda hasta retardo leve o limítrofe. Actualmente se hace menos énfasis en el grado de retardo y más en la cantidad de intervención y cuidado que se requieren para la vida diaria.

MUSICOTERAPIA

La Musicoterapia es el arte y la ciencia de utilizar la música para conseguir objetivos terapéuticos: prevención, restauración y mejora de las áreas psíquica, física, sensorial, social y emocional.

Es la aplicación sistemática de la música, dirigida por un Musicoterapeuta en un contexto terapéutico a fin de facilitar cambios en la conducta. Estos cambios ayudan a que el individuo en terapia se entienda mejor a sí mismo y a su propio mundo, llegando así a adaptarse mejor a la sociedad. Como miembro de un equipo terapéutico, el Musicoterapeuta participa en el análisis de los problemas individuales y en la selección de objetivos generales de tratamiento antes de planificar y dirigir actividades musicales. Se realizan evaluaciones periódicas para determinar la efectividad de los procedimientos empleados" (Association for Music Therapy (NAMT) 1980)

Los egipcios y los chinos utilizaban la música y la actividad para aliviar ciertas enfermedades. Así en el 2600 a.C. los chinos pensaban que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y utilizaban el entrenamiento físico para

promover la salud. En los papiros egipcios que contienen textos médicos de 2600 años de antigüedad se habla de los cánticos para curar la esterilidad, los dolores reumáticos y las picaduras de insectos. Hacia el 324 a.C., la música de la lira devolvió la cordura a Alejandro Magno. En el Antiguo Testamento se recuerda que David alivió la depresión del rey Saúl tocando el Arpa. El conocimiento de los sonidos, de los ritmos y los cánticos eran partes fundamental de los poderes del chamán, el curandero y de los sacerdotes-doctores druidas de las culturas celtas. En la Primera y la Segunda Guerra Mundial se consolidó como profesión reconocida, con formación universitaria y aceptación del resto de profesionales que veían que realmente aquello funcionaba. Muchos músicos dedicaron su tiempo a actuar en diferentes hospitales tratando de ayudar o animar a los numerosísimos veteranos de guerra que habían vuelto con todo tipo de traumatismos, tanto a nivel físico como psíquico y emocional. Pronto se dieron cuenta de que la música era muy importante para ellos, no sólo como recreo sino como gran motivador en su recuperación y en su bienestar emocional. La mayoría de musicoterapeutas en aquel tiempo trabajaban como voluntarios bajo la supervisión de otro personal de hospital.

Dentro de los diferentes modos de emplear la música en Musicoterapia tenemos:

- Música compuesta: puede estar ya compuesta o componerla el Musicoterapeuta.
- Música adaptada: son canciones ya compuestas a las que les hacemos algún cambio, de letra, de estructura, las adaptamos para la persona. Pueden ser de cualquier estilo y origen étnico.
- Música improvisada: puede ser vocal e instrumental.

La Improvisación Clínica en Musicoterapia es muy importante porque es en ella donde se refleja el "aquí y ahora" de la persona, empatizamos con ella y la aceptamos sin juzgar, tal cual es y se siente en ese momento. ¿Por qué utilizar la

música como recurso terapéutico? La música tiene una serie de cualidades especiales como son:

- La música es inherente al ser humano.
- Es un lenguaje no verbal muy conocido por todos. Algunas impresiones y emociones se comunican con más precisión por intuición musical que por el lenguaje oral. La música como elemento terapéutico nace de la toma de conciencia de que constituye un potente canal de comunicación.
- Penetra la mente y el cuerpo, estimulando los sentidos.
- Evoca sentimientos y emociones .
- Facilita respuestas fisiológicas. Puede acelerar o ralentizar la respiración, el ritmo cardíaco, reducir o demorar la fatiga, disminuir el dolor, variar el tono muscular, aumentar el ritmo de las actividades voluntarias, etc.
- Facilita respuestas psicológicas : estimula la imaginación, facilita el aprendizaje, provoca estados de ánimo, anula el sentido de soledad, apoya el bienestar individual, refuerza la personalidad, abre caminos de comunicación, etc.
- Es una modalidad estética, flexible y adaptable a diferentes casos y circunstancias
- Su estructura y naturaleza intrínseca tiene la capacidad de auto organizarnos y de organizar al grupo.
- Es la más social de todas las artes y tiene un componente lúdico muy importante.

La Musicoterapia está intentando demostrar todo de forma científica para que la gente vea realmente que es una ciencia probada y que realmente funciona bien utilizada.

El objetivo generalísimo y más importante es mejorar la calidad de vida de las personas con las que trabajamos. Con la Musicoterapia se pueden trabajar una gran variedad de objetivos que se desdoblán en objetivos a largo, a medio y a corto plazo. En la siguiente lista se exponen muchos de ellos que se pueden conseguir con la Musicoterapia:

- Fomentar la comunicación , tanto a nivel Verbal como No Verbal. La música al ser un lenguaje no verbal puede ayudar a comunicarnos con personas que no utilizan el lenguaje verbal. Lo importante es llegar a la persona, conectar con ella y la música es un lenguaje que facilita mucho la comunicación.
- Aumentar la confianza en sí mismos y la autoestima. Es fundamental que la persona confíe en sus posibilidades y tenga una buena autoestima para el proceso terapéutico, si no uno de los objetivos prioritarios será reforzarla, para poder trabajar otras áreas.
- Desarrollar la creatividad y la imaginación
- Estimular el desarrollo cognitivo (atención, concentración, memoria, etc.)
- Favorecer interacciones sociales adecuadas.
- Favorecer su expresión emocional. Este objetivo es fundamental ya que las personas con las que trabajamos tienen la misma necesidad de expresar sus emociones y sentimientos y la música puede facilitarles una vía de expresión muy gratificante para ellos. Una de las cualidades más importantes de la música es la capacidad que tiene de llegar directamente a la emoción.

- Aumentar la conciencia de sí mismos, del entorno, de los otros.
- Fomentar la motivación a través de la música para realizar ciertas actividades.
- Modificar algunas conductas inadaptadas.
- Desarrollar la capacidad sensorial: auditiva, táctil y visual.
- Fomentar el autocontrol, el control consciente de impulsos.
- Facilitar la integración grupal y el sentimiento de grupo. Realmente la música por sí sola ya es socializadora, es la más social de todas las artes.
- Trabajar la respiración y la voz.
- Fomentar la relajación o la activación, dependiendo del caso.

Dentro de los diferentes grupos que podrían resultar beneficiarios de esta terapia son:

- Personas con alguna enfermedad mental.
- Personas con afectaciones y discapacidades físicas.
- Personas con afectaciones intelectuales.
- Personas con afectaciones sensoriales.
- Personas con problemas emocionales.
- Personas con trastornos del lenguaje.

TABLEROS DE COMUNICACIÓN

Es un medio visual elaborado para la asociación de las actividades a realizar. 12 (Damián M. Síndrome de Down. En: Estimulación temprana para niños con Síndrome de Down. 1a Ed. Editorial Trillas; 2000. 237-242).

1.5 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, implementar y evaluar un programa de higiene oral para niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y de lenguaje.

1.5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Diseñar un programa de higiene oral para niños y jóvenes con discapacidad.

Implementar el programa de higiene oral para niños y jóvenes con discapacidad.

Evaluar la efectividad del programa de higiene oral para niños y jóvenes con discapacidad según edad, género y nivel de discapacidad.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Cuasi-Experimental

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Higiene oral

2.3 POBLACION DE ESTUDIO

41 niños y jóvenes con edades entre 3 y 28 años. con discapacidad cognitiva, psicomotora y de lenguaje que asistan a la corporación seres integrales SERIN.

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1 Criterios de inclusión

Niños y jóvenes entre 3 y 28 años de ambos géneros.

Con discapacidad cognitiva, psicomotora y/o de lenguaje.

Que estén matriculados antes de la implementación del programa.

2.4.2 Criterios de exclusión

Niños y jóvenes con discapacidad severa y/o profunda.

Pacientes cuyos padres no den la aprobación para participar.

2.5 PROCEDIMIENTO

En primer lugar se realizó una adaptación de los niños y jóvenes con discapacidad hacia los investigadores para lograr un acercamiento y así poder realizar la toma del índice de Higiene Oral (IHO) inicial. Debido a que la aplicación del programa se llevó a cabo tanto en la institución como en casa se requirió realizar una capacitación a padres que consistía en la orientación de la técnica de cepillado para los niños y jóvenes, teniendo en cuenta un horario definido y la colocación del tema musical (Minueto y Rondo del divertimento en Re del efecto Mozart), para continuar con la asociación. Posteriormente se capacitó a los terapeutas en la educación de la técnica de cepillado de acuerdo a las limitaciones de los niños y jóvenes con la orientación de las actividades de higiene oral tales como: crema, boca, cepillo y tableros de comunicación. Para la aplicación del programa de higiene oral se utilizaron estrategias como la música terapia, teniendo en cuenta el tema musical que se colocaba a una hora definida acompañando las actividades de higiene oral y cepillado dental, otra de las estrategias utilizadas fueron los tableros de comunicación que son medios visuales con gráficos y elementos concretos que representaban los elementos del cepillado y partes de la anatomía involucradas en la higiene oral.



Las actividades se llevaron a cabo de acuerdo al nivel de discapacidad: Para el nivel 0 o de estimulación se enfatizó en la utilización de la música para la realización del cepillado. En los niveles 1, 2 y 3 se trabajó con tableros de comunicación con imágenes concretas de boca, crema y cepillo acompañados de la musicoterapia.

En los niveles 4 y 5 se trabajó la adaptación y reconocimiento por medio de macro modelos que representaban cepillos, cremas y bocas. Se realizó la enseñanza de cepillado mostrando la técnica horizontal para remover la placa bacteriana, se reforzó con actividades manuales de higiene oral acompañadas de la música terapia, luego se tomó el índice de Higiene Oral intermedio para realizar una evaluación de la efectividad del programa y así realizar actividades de refuerzo para obtener mejores resultados; finalmente se realizó la toma de índice de Higiene Oral final.



2.6 CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	INSTRUMENTO
<i>Higiene oral</i>	☐ -15% Bajo riesgo ☐ +15% Alto riesgo	Revelador de placa

VARIABLES INDEPENDIENTES

<i>Edad</i>	Niños y Jóvenes entre 3 – 28 años	Registro
<i>Género</i>	1. Masculino 2. Femenino	Registro

VARIABLES INDEPENDIENTES

<i>Retardo mental</i>	Presenta: 0,1,2,3,4,5	Historia clínica
<i>Parálisis cerebral</i>	Presenta: 0,1,2,3,4,5	Historia clínica
<i>Síndrome de Down</i>	Presenta: 0,1,2,3,4,5	Historia clínica
<i>Autismo</i>	Presenta: 0,1,2,3,4,5	Historia clínica
<i>Déficit del Aprendizaje</i>	Presenta: 0,1,2,3,4,5	Historia clínica

2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PROGRAMA DE HIGIENE ORAL PARA NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD COGNITIVA, PSICOMOTORA Y DE LENGUAJE

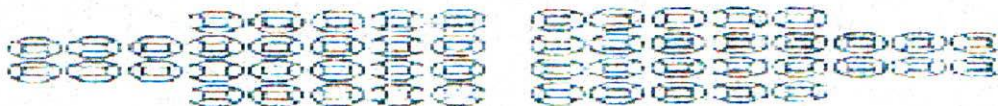
INSTRUMENTO N° _____

OBJETIVO GENERAL Diseñar, implementar y evaluar un programa de Higiene Oral para niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y de lenguaje.

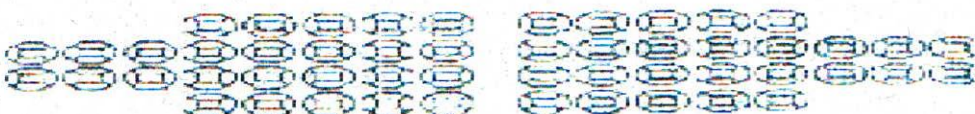
NOMBRE _____

GENERO F _____ M _____

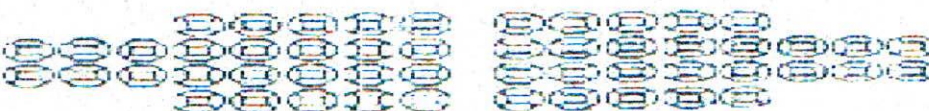
DISCAPACIDAD _____ NIVEL _____ EDAD _____



FECHA	No. Total superficies	No. Superficies con placa	Porcentaje



FECHA	No. Total superficies	No. Superficies con placa	Porcentaje



FECHA	No. Total superficies	No. Superficies con placa	Porcentaje

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se hizo basados en la resolución 08430 de 1993 del ministerio de salud de Colombia y la firma del consentimiento informado de padres o acudientes.

3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabulación de datos en Excel Microsoft

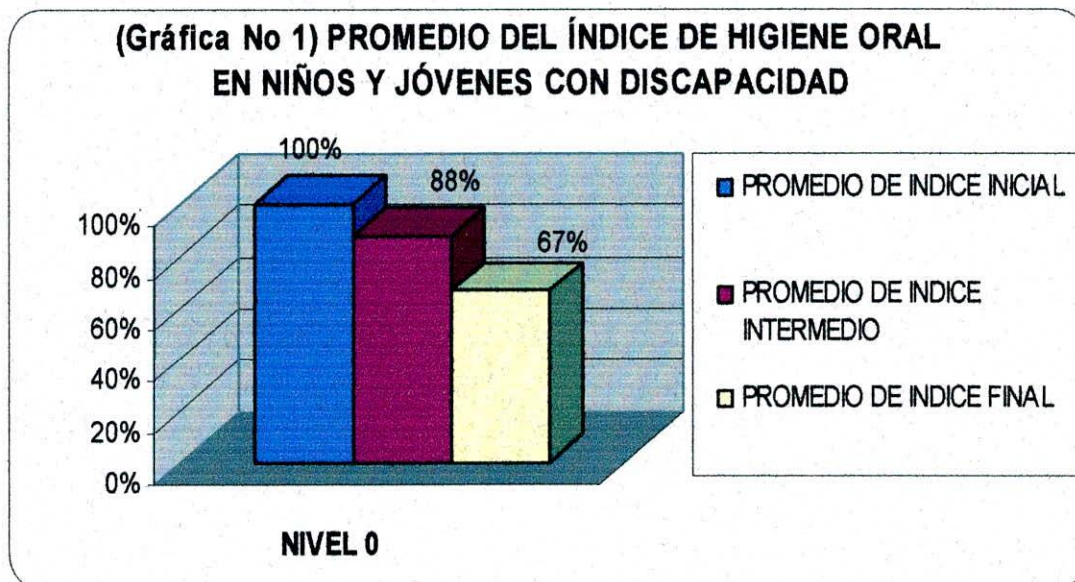
Análisis univariado y bivariado

Gráficas en barras para presentar los resultados.

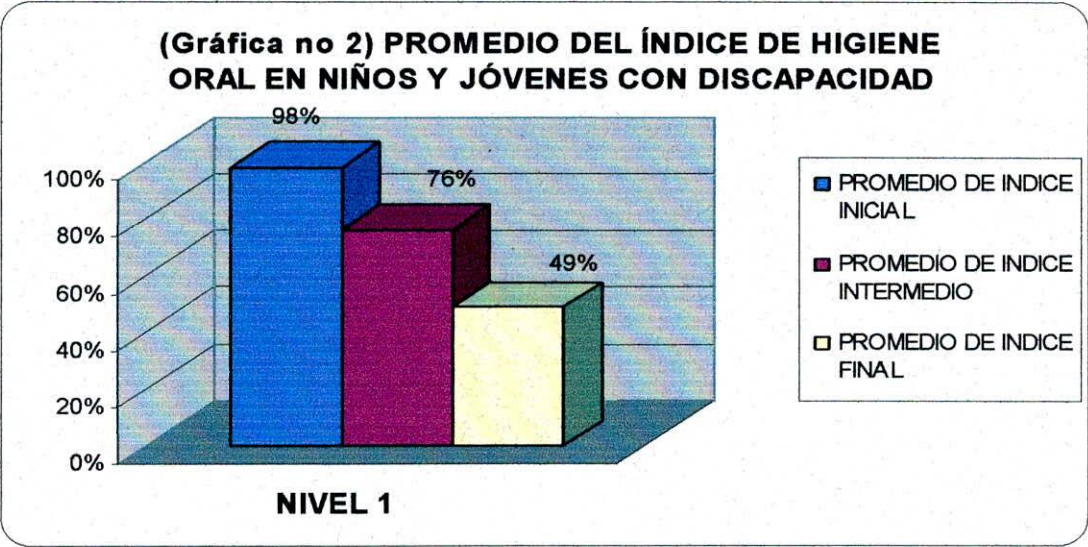
3.1 RESULTADOS

La población total fue de 41 niños y jóvenes entre 3 y 28 años de edad.

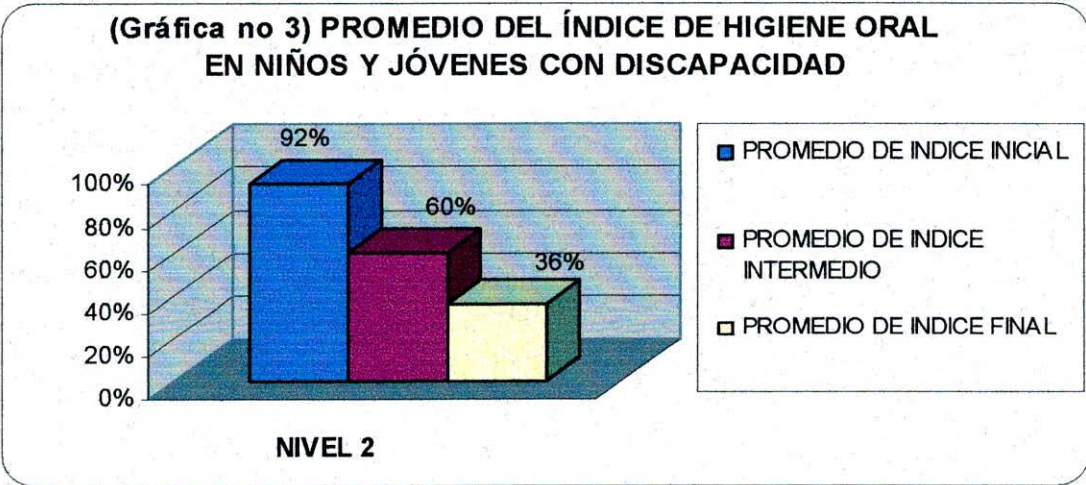
En el nivel 0 estimulación de niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje disminuyó 33% del índice inicial al final (gráfica no 1).



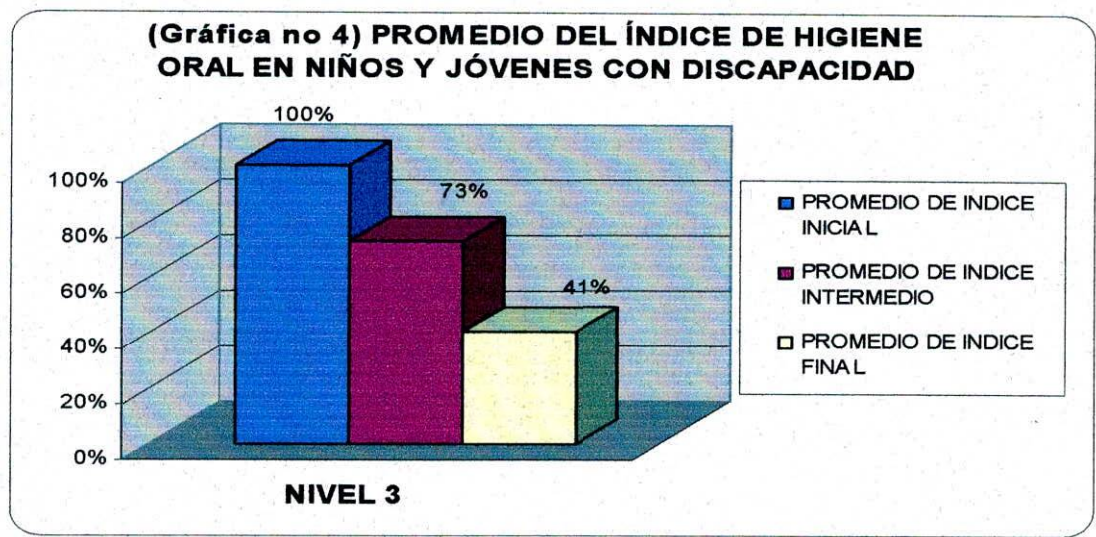
El nivel 1 de niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje disminuyó 49% del índice inicial al final (gráfica no 2).



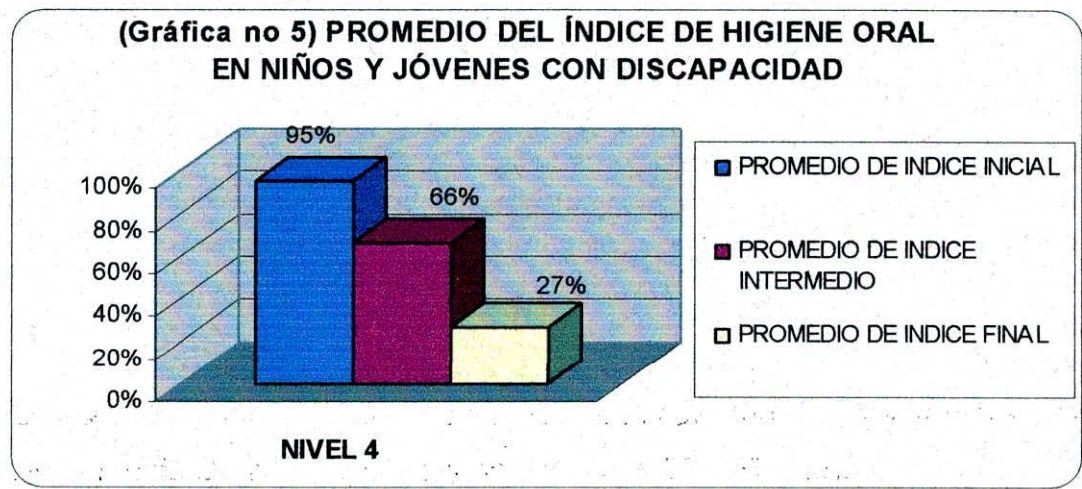
El nivel 2 de niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje disminuyó 56% del índice inicial al final (gráfica no 3).



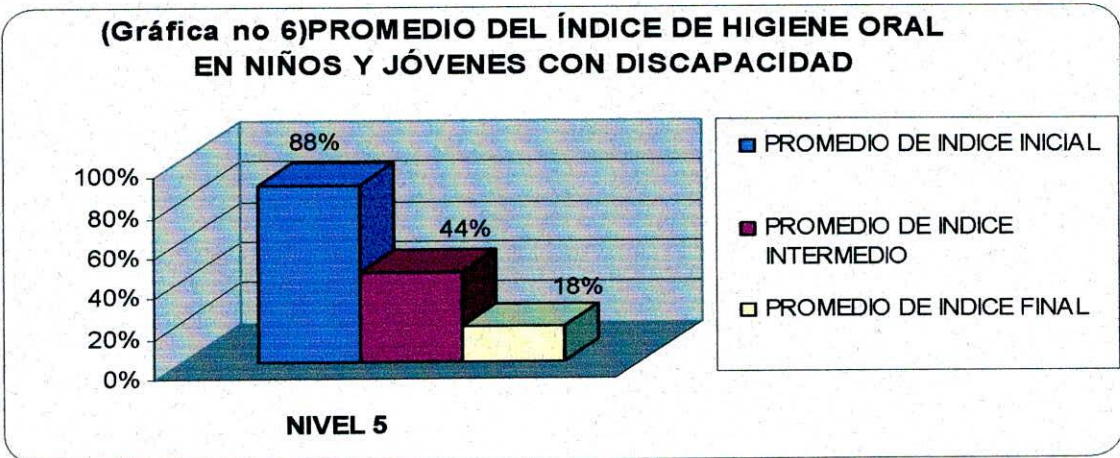
El nivel 3 de niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje disminuyó 59% del índice inicial al final (gráfica no 4).



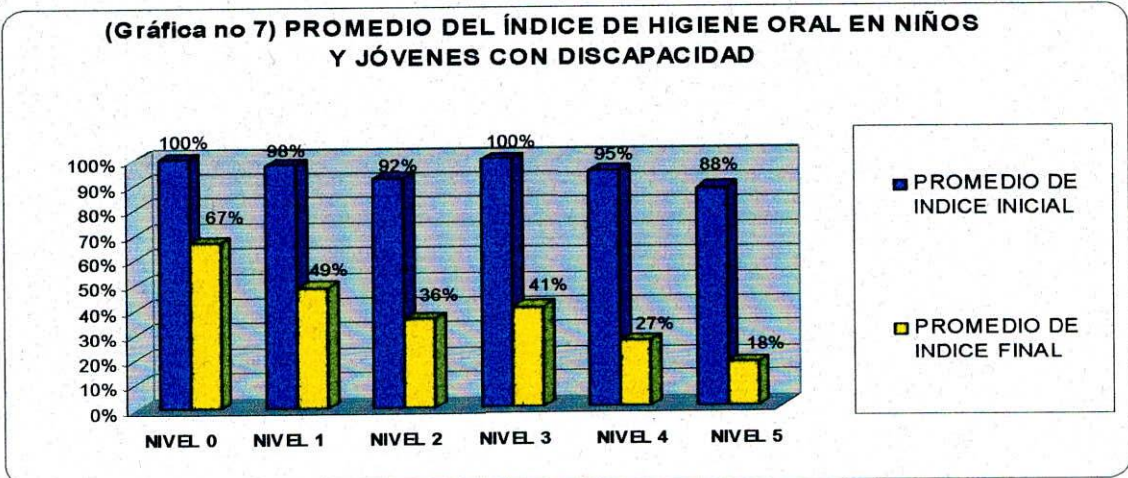
El nivel 4 de niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje disminuyó 68% del índice inicial al final (gráfica no 5).



El nivel 5 de niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje disminuyó 70% el índice inicial al final (gráfica no 6).

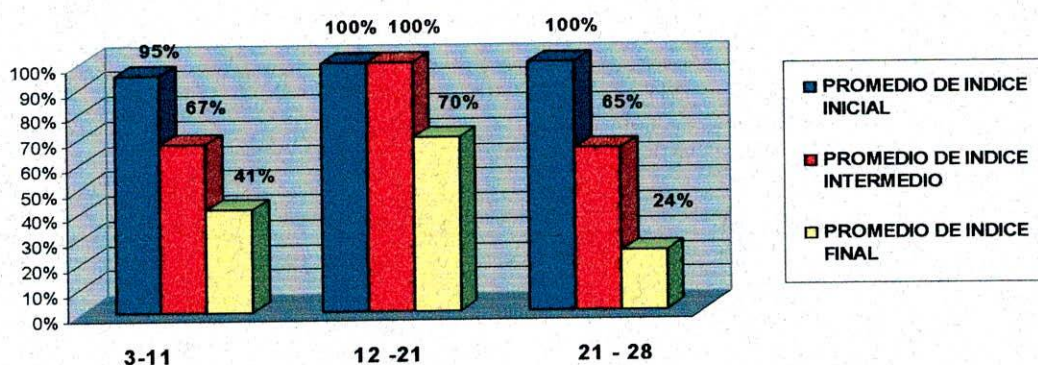


Los niveles 3, 4 y 5 tuvieron mayor disminución del IHO después de la implementación del programa al IHO final de (59%, 68% y 70%) respectivamente (gráfica no 7).



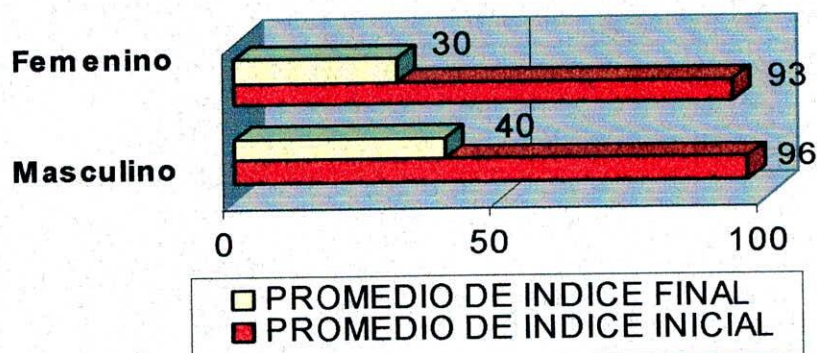
En los intervalos de edades de niños y jóvenes con discapacidad entre los 3 y 11 años presentaron una disminución del IHO inicial a final de 54%, entre los 12 y 21 años presentaron una disminución de 30%, de los 21 y 28 años reportaron una disminución de 76% (gráfica no 8).

(Gráfica no 8) PROMEDIO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL POR EDADES



El género femenino presento una disminución de 63% siendo mayor que la del género masculino con un 56% (gráfica no 9).

PROMEDIO DE ÍNDICE INICIAL Y FINAL POR GÉNERO



3.2 DISCUSIÓN

En estudios realizados por Alejo E y col en 1999 utilizaron estrategias similares a las que empleamos en esta investigación; se encontró una gran aceptación hacia cada uno de los elementos alusivos a la higiene oral asociado a un modelo táctil y audio táctil.ⁱ

Sanford Fenton de J. y col en el 2003 consideran que el desarrollo de programas de higiene oral permiten la promoción y prevención evitando la evolución de diversas patologías en cualquier tipo de discapacidad como en este caso Retardo mental, se debe proveer apropiadamente de manera entrenada, y financiar adecuadamente los servicios dentales abordando cada uno de los problemas desarrollo medico y odontológico.ⁱⁱ

Según Legido A. Con respecto a las personas con discapacidades mentales, se detectó gran prevalencia de placa, caries y gingivitis, con el agravante de que los métodos preventivos y terapéuticos son complicados en estas poblaciones. Nuestro estudio difiere en que encontramos un método preventivo fácil de aplicar y que si es constante puede desarrollar gran porcentaje de efectividad en este tipo de población.ⁱⁱⁱ

En el estudio realizado por Milano M y col en el 2002 analizan como el cuidado dental en niños con necesidades especiales requieren de tratamientos complejos desde hospitalarios a farmacológicos. En nuestro programa educativo de Higiene Oral sugerimos que si se toman medidas preventivas podemos evitar estos aspectos de la odontología en el niño con necesidades especiales y mantener un bajo riesgo de enfermedades en cavidad oral.^{iv}

Elliott S y col consideran que el uso de la música es un medio que produce emociones seguras, de relajación y descanso. Esta investigación se ha centrado

en el uso de la música como un medio de reducir los sentimientos de preocupación y tensión además de ayudar en la liberación del Stress que producen patologías numerosas. En nuestro estudio a través de la música terapia logramos que el niño y joven llegue a un estado de relajación permitiendo asociar cada una de las actividades alusivas a la higiene oral con la melodía musical “Minueto y rondo del divertimento en Re del Efecto Mozart.”^v

Investigaciones realizadas por el Centro Biomédico de Investigación orientado hacia la música terapia para pacientes psiquiátricos en el 2005 han demostrado los efectos positivos de la música terapia para personas con esquizofrenia y otros desordenes mentales, además fue utilizada como un método psicoterapéutico donde la interacción musical sirvió como una forma de comunicación y expresión; en nuestro estudio se utilizó la música terapia como estrategia para lograr la asociación de los niños y jóvenes hacia el cepillado dental lográndose así un mejoramiento en la higiene oral de los pacientes.^{vi}

Ribeiro E y col en el 2004 mencionó que la música terapia fue un factor predominante en la asociación con las imágenes de cavidad oral, además expuso en el estudio la importancia de la música en el dolor crónico músculo esquelético; lo cual concluye que el efecto terapéutico de la música es una herramienta de gran importancia no solo para la odontología sino también para la medicina.^{vii}

3.3 CONCLUSIONES

Las estrategias como la musicoterapia y los tableros de comunicación ayudaron a disminuir el índice de higiene oral en los pacientes con discapacidades.

El programa presentó mejores resultados en las discapacidades leves.

No se observaron diferencias por género en el índice de higiene oral.

3.4 RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar seguimiento y monitoreo a dos años del programa y observar la eficiencia a largo plazo implementándolo.

Es necesario que la administración de seguridad social implemente más motivación y programas de salud oral en personas con necesidades especiales y as evitar la prevalencia de enfermedades en cavidad oral.

ANEXO No 1

PROGRAMA DE HIGIENE ORAL PARA NIÑOS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciados padres y madres de familia:

Por medio de esta circular se les quiere informar que en la institución se esta llevando a cabo un programa de higiene oral para niños y jóvenes con discapacidad cuyo objetivo es mejorar el cepillado de cada uno por medio de actividades lúdicas como: juegos, manualidades y charlas acerca de la cavidad oral, además de utilización de música para lograr así la asociación hacia el cepillado; este programa no tiene ningún costo, ni tampoco se realizara ninguna intervención odontológica en los niños.

Para llevar a cabo el programa necesitamos de su colaboración:

Yo _____ autorizo a mi hijo/a:
_____ para que participe en las actividades de educación
en higiene oral y así mejorar su salud bucal.

Gracias por su valiosa colaboración

Cordialmente

Lady Katherine Alfaro Figueroa

Ingrid Marcela Chaves Rebellon

Ángela Patricia Páez Hernández

Marcela Páez Sierra

Diana Carolina Sabogal Arévalo

Estudiantes Colegio Odontológico Colombia

GLOSARIO

ATAXIA: Falta de coordinación de los movimientos voluntarios, desorden, irregularidad, perturbación de las funciones del sistema nervioso.

ATETOSIS: Movimiento involuntario e incordinado en los miembros y la cara, trastorno de origen nervioso caracterizado por movimientos continuos involuntarios, principalmente de dedos y manos.

CARAS INTERPROXIMALES: Refiere al espacio entre las superficies colindantes de dientes adyacentes.

CONGENITO: Término muy empleado que hace referencia al conjunto de caracteres con los que nace un individuo, normales o patológicos, aplicándose tanto a los determinados genéticamente (hereditarios) como a los adquiridos durante su desarrollo en el útero.

DIAGNOSTICO: En medicina, el diagnóstico es el procedimiento con el que se identifica una enfermedad. Identificación de una enfermedad por sus señales, síntomas y resultados de laboratorio.

DISLEXIA: Se llama dislexia a la incapacidad de algunas personas para leer y escribir correctamente, sin tener por otro lado, una inhabilidad intelectual en cualquier otro ámbito.

EXAMEN CLINICO: El examen clínico es un análisis utilizado para establecer el diagnóstico, el pronóstico y el plan terapéutico para la mayoría de los pacientes y situaciones médicas.

EXODONCIAS: Extracción de las piezas dentales.

HIPERACTIVIDAD: Actividad muy intensa, en constante movimiento, sin descanso.

HIPERSENSIBILIDAD: Reacción exagerada ante estímulos.

MUCOSA ORAL: La mucosa oral se compone en tres zonas: Las encías y el revestimiento del paladar duro, denominados las **zonas masticatorias**; el dorso de la lengua, el cual se encuentra cubierto de una **mucosa especializada** y el **resto de la mucosa** que cubre la cavidad bucal.

ODONTALGIA: Es un dolor de dolor en o alrededor de un diente. En la mayoría de los casos son causados por problemas en el diente o la quijada, tal como cavidades, putrefacción del diente, un diente agrietado, una enfermedad de la quijada, o putrefacción expuesta del diente. Las causas de un dolor del diente pueden también ser un síntoma de las enfermedades del corazón, tales como angina o un infarto del miocardio.

PLACA BACTERIANA: Se llama placa bacteriana a las masas de gérmenes dañinos que se encuentran en la boca y que se fijan a los dientes. Algunos tipos de placa bacteriana causan las caries dentales. Otros tipos de placa causan enfermedades de las encías.

BIBLIOGRAFIA

Alejo E y Col. Construcción de un modelo educativo apoyado en las técnicas táctil y audio táctil a partir de la percepción en niños invidentes de 7 a 12 años. Revista científica. 1999; Vol. 5, Nº 1 y 2, 16- 24.

Elliott S y Col. La terapia de sonido induce la relajación: Regula y Disminuye Procesos de tensión y patología [en línea]. Disponible en WWW.MEDSCIMONIT.COM, Artículo de evaluación.

Sanford F y Col. La academia estadounidense de Desarrollo Medico y odontológico: Eliminación de las dificultades en salud para personas con Retraso Mental y Discapacidades del Desarrollo. Revista de de la educación dental 1337. 2003. 67-75.

2 • Will y col. Necesidades de un programa preventivo para observar los efectos de la caries en niños y adultos jóvenes _ resultado despues de los 20 años. . [en línea]. Disponible en WWW.MEDSCIMONIT.COM, Artículo de evaluación.

DANIA E y col. Acceso al cuidado dental para niños con necesidades especiales en Alabama. [en línea]. Disponible en WWW.MEDSCIMONIT.COM, Artículo de evaluación.

Legido A. Aspectos específicos del control de placa en grupos especiales: Niños, disminuidos y ancianos; Journal of dentistry for Children. 2004. 225-268

Damián M. Síndrome de Down. En: Estimulación temprana para niños con Síndrome de Down. 1a Ed. Editorial Trillas; 2000. 237-242.

Milano M y Col, Dental care for needs patients: a survey of Texas pediatric dentists. Journal of dentistry for children. 2002. vol 212 – 215

Ribeiro E y Col. La música y el dolor crónico músculo esquelético: el potencial evocativo de imágenes mentales. Revista Latinoamericana Enfermagem. 2004; vol.12 no.2. 27-34.

Gold C. y Col. Resource-oriented music therapy for psychiatric patients with low therapy motivation: Protocol for a randomized controlled trial. BioMed center Psychiatry. 2005; 5-39.

Woodall I y col, Tratado de higiene oral. 1ª Ed. Tomo 1, Editorial salva; España. 1992. 311-325.

Bemenzon R. En: Actualidad en musicóterapia, 2ª Ed. España, 2003. 115-150.
