

7.0
00749

RELACION DEL ODONTOLOGO CON EL NIÑO INVIDENTE

CARLOS BORJA E.
DOLLY A. ROMERO O.
ROCIO R. REYES R.
SANDRA P. OSPINA C.



COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTA FE DE BOGOTA, D.C.

1999

RELACION DEL ODONTOLOGO CON EL NIÑO INVIDENTE

**CARLOS BORJA E.
DOLLY A. ROMERO O.
ROCIO R. REYES R.
SANDRA P. OSPINA C.**

**Director
PATRICIA DE RIVERA
Odontóloga Especialista en Odontopediatría**

**Asesor Metodológico
ELBA MARIA BERMUDEZ
Odontóloga Maestría en administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTA FE DE BOGOTA, D.C.**

1999

RELACION DEL ODONTOLOGO CON EL NIÑO INVIDENTE

**CARLOS BORJA E.
DOLLY A. ROMERO O.
ROCIO R. REYES R.
SANDRA P. OSPINA C.**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para
optar el Título de ODONTOLOGO**

**Director
PATRICIA DE RIVERA
Odontóloga Especialista en Odontopediatría**

**Asesor Metodológico
ELBA MARIA BERMUDEZ
Odontóloga Maestría en administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTA FE DE BOGOTA, D.C.
1999**

El trabajo de Grado RELACION DEL ODONTOLOGO CON EL NIÑO INVIDENTE elaborado por CARLOS BORJA, DOLLY A. ROMERO O., ROCIO R. REYES R., SANDRA P. OSPINA C., ha sido aprobado como requisito parcial para optar el Título de ODONTOLOGO.

Director de la Investigación

Asesor Metodológico

Director del Departamento de
Investigación y Salud Pública

Santa Fe de Bogotá, D.C., 29 de mayo de 1999

GLOSARIO

ACOMODACIÓN: Acomodación del ojo, cambio que se verifica en el cristalino para permitir la visión distinta a distancias diferentes.

AGUDEZA VISUAL: Capacidad de ver detalles en los objetos. La AV se explora de forma estandarizada mediante la escala de Snellen y, en el caso de AV menores, por la distancia en la que a CD (contar dedos) se aprecia MM (movimiento mano) o la PL (proyección de luz).

AMAUROSIS: Ceguera causada por una lesión en la retina, en el nervio óptico o en el encéfalo.

AMBLIOPIA: Debilidad de la vista. Es el primer grado de la amaurosis.

ANIRIDIA: Ausencia congénita o adquirida del iris.

ANOFTALMOS: Ausencia de globo ocular.

ATROFIA OPTICA: Degeneración del nervio óptico, responsable de transportar los mensajes desde la retina al cerebro.

BAJA VISIÓN: Visión parcial o subnormal, pero que aún permite el uso de la visión como canal primario para aprender y obtener información.

CATARATA: Opacidad del cristalino o de sus membranas, que produce la ceguera.

GLAUCOMA: Endurecimiento del globo ocular producido por el aumento de la presión interna que lleva consigo una disminución de la visión y dolor de cabeza.

OFTALMÓLOGO: Médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los ojos.

TRACOMA: Conjuntivitis granulosa.

VISIÓN FUNCIONAL: Existencia de suficiente visión útil que permite a la persona emplear la visión como principal canal de aprendizaje. Se refiere al acto total de ver y a la forma en que se emplea la visión.

VISIÓN PERIFÉRICA: Percepción de objetos, movimiento o color a través de cualquier parte de la retina, con exclusión de la mácula.

VISIÓN TUBULAR: Contracción del campo visual de tal magnitud que sólo se conserva una pequeña área de visión central, lo que da la impresión de mirar por un tubo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA	2
1.2 CLASIFICACION	2
1.3 PROPOSITO	3
1.4 MARCO TEORICO	3
1.5 OBJETIVOS	74
2 MÉTODO	76
2.1 TIPO DE ESTUDIO	76
2.2 POBLACIÓN	76
2.3 DEFINICION DE VARIABLES	76
2.4 INSTRUMENTOS	77
2.5 RESULTADOS	77
3 CONCLUSIONES	79
4 RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

Desde siempre el hombre ha tenido el concepto acerca de lo que es Educación en Salud, sin embargo, es claro que a través de los años no le ha dado la importancia que merece debido a que en ramas específicas de la salud como la odontología, son las facultades las que no han enfocado su pedagogía hacia el ejercicio de la Promoción y Prevención de la salud Oral y además no motivan lo suficiente a sus estudiantes.

El área de la salud actualmente han retomado el concepto y la importancia del tratamiento preventivo, en donde la época que se vive a nivel mundial es crisis y recesión económica, afectándola en todos los aspectos. Por eso se tiene en cuenta que los tratamientos curativos son más costosos que los preventivos, de esta manera se ve la necesidad de enfocar el ejercicio profesional hacia esta nueva tendencia, y es la Educación y Motivación quien brindará la mejor herramienta para su implementación.

Se sabe que la Prevención no es exclusiva de un grupo específico de edad, raza, condición social, incluso limitación física; motivo por el cual se ha enfocado esta investigación en comunidades que han sido relegadas por su mismo impedimento físico como lo es la Ceguera y más específicamente en la población infantil.

1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

Esta idea surgió con base en la experiencia ocurrida en la Clínica de Odontopediatría de VIII Semestre en donde una docente llevó un pequeño grupo de niños ciegos a la clínica. En ese momento se sintió la gran necesidad de saber llegarles, cómo tratarlos y en general cómo ganar su confianza para poderlos atender odontológicamente.

Se ha concluido que "las personas invidentes no son personas discapacitadas, sino personas con capacidades especiales" (Dr. Hugo Rosseti), siendo esto una ventaja que sabiéndola aprovechar se puede lograr una vía de comunicación para mejorar las relaciones con ellos (sentido ESTEROGNOSTICO).

Al ser estudiantes de Odontología se tiene el gran interrogante de cómo enfrenar una situación de este tipo, ya sea que se presente durante el servicio social obligatorio, en consulta privada o en las mismas clínicas de la facultad.

1.2 CLASIFICACION

Debido a que los niños invidentes son un grupo de personas marginadas de la

sociedad se ve la gran importancia de prestarles un servicio integral en salud, siendo éste un derecho básico y primordial de todo ser humano.

Por este motivo el odontólogo actual está incapacitado no a nivel de atención odontológica sino psicológica, en cuanto a la manera de llegar a ellos de la forma más correcta.

De esta manera se realizará una revisión bibliográfica en donde se expondrán los conceptos referentes a un niño ciego siendo esto la solución para nuestro interrogante al respecto.

1.3 PROPOSITO

El propósito de esta revisión es buscar una vía de acercamiento con el niño centrándose más hacia la parte afectiva y su entorno más que hacia el tratamiento odontológico como tal. Si se logra esto se tendrá una mejor relación y así se podrá ofrecer más salud oral con un tratamiento integral.

1.4 MARCO TEORICO

1.4.1 Definición de ceguera. Según el Congreso Oftálmico de Madrid, se define como ceguera cuando el mejor ojo no tiene un 1/10 de agudeza, o su reducción de campo visual está por debajo de 35 grados. Según la ONCE, se denomina ceguera cuando ninguno de los ojos tiene 1/20 de visión normal

(escala Wecher) y además no consigue contar los dedos de las manos a una distancia de 2,25 m con corrección de cristales (9)

VER O NO VER

Son pocos los aspectos comunes entre los niños con impedimentos visuales y son muchas las diferencias. Algunos son ciegos totales de nacimiento o quedan ciegos a poco de nacer, muchos otros tienen al nacer ciertas alteraciones visuales estructurales o patológicas pero pueden funcionar **FUNCIONALMENTE** en cierta forma durante toda su vida, algunos padecen de males progresivos que los llevan a la ceguera total antes de terminar su etapa de escolaridad, en otros casos son los accidentes los causantes de una ceguera repentina. (11)

CLARIDAD DE CONCEPTOS. TERMINOLOGIA HISTORICA

Desde comienzos del siglo XIX existe una falta de precisión en el empleo de términos referidos a las personas con impedimentos visuales o que son totalmente ciegas. La inconsistencia en el uso de términos por médicos psicólogos puede ser característica de actitudes profesionales o culturales, de diferentes conceptos entre las varias disciplinas y también de los roles divergentes que se asignan a cada disciplina. Estos roles y actitudes diferentes reflejan la confusión que resulta de la falta de acuerdo, aun entre los profesionales, de la terminología apropiada a emplear al referirse a las personas con problemas visuales. La lista de palabras que se incluyen ilustra la variedad de términos utilizados durante los últimos ciento cincuenta años para describir la disminución visual:

Ceguera médica	Disminuido visual
Ceguera económica	Vidente parcial
Ceguera educacional	Defectuoso visual
Ceguera funcional	Incapacitado visual
Ceguera congénita	Limitado visual
Ciego adventicio	Baja visión
Ciego legal	Visión residual
Ciego parcial	Visión subnormal
Ciego vocacional	

TERMINOLOGIA COMUN

Parece que en los últimos años existe la tendencia entre médicos especialistas a unificar la terminología empleada con el fin de minimizar posibles errores y confusiones.

Las palabras del disminuido visual usan ampliamente en la actualidad para identificar a la persona que tiene una alteración en la estructura o funcionamiento en el órgano de la visión -el ojo- cualquiera que sea la naturaleza o extensión de la misma. Este término ha tenido aceptación porque la alteración o impedimento causa una limitación, la cual, aún con la mejor corrección posible, interfiere con el aprendizaje que se pueden lograr a través del sentido de la vista, lo que implica una disminución de capacidad.

Esta definición es bastante apropiada para los propósitos educativos y

diferencia las necesidades de aprendizaje y de desarrollo de los niños de que se trata, algunos términos más específicos pueden ser de utilidad para el educador. Si bien los términos y definiciones que siguen pueden no ser aceptados por todos, pueden contribuir a clarificar algunas ideas y a satisfacer las necesidades específicas de los niños.

Ciego: este término se usará cuando nos referimos a niños que tienen sólo percepción de luz sin proyección, o aquellos que carecen totalmente de visión (Faye, 1970). Un niño puede ser ciego de nacimiento o puede perder su vista durante sus años escolares y quedar ciego por un accidente o enfermedad. Desde el punto de vista educacional el niño ciego es el que aprende mediante el sistema Braille y no puede utilizar su visión para adquirir ningún conocimiento, aunque la percepción de la luz puede ayudarle para sus movimientos y orientación.

Baja visión: los niños limitados en su visión de distancia pero que pueden ver objetos a pocos centímetros constituyen otro subgrupo. La mayoría de los niños con baja visión podrán utilizar ésta para muchas de las actividades escolares, algunos pocos para leer y otros deberán complementar su aprendizaje visual con el tacto. De acuerdo a las circunstancias, a la luz y a características personales, estos niños podrán o no funcionar más visualmente en unos momentos que en otros. Bajo ningún concepto se les debe llamar "ciegos".

Limitado visual: el término se refiere a los niños que de alguna manera están

limitados en el uso de su visión. Pueden tener dificultad para ver materiales comunes para el aprendizaje sin contar con una iluminación especial o pueden no ver objetos a cierta distancia a menos que estén en movimiento. Puede ser también que deben usar lentes o lupas especiales para poder utilizar la visión que poseen. Los niños limitados visuales deben ser considerados como niños videntes para los fines educativos.

Las palabras cuyas definiciones siguen serán útiles al lector para comprender mejor el texto.

Agudeza visual: "agudeza" se refiere a la medida clínica de la habilidad para discriminar claramente detalles finos en objetos o símbolos a una distancia determinada.

Impedimento visual: la palabra denota cualquier desviación clínica en la estructura o funcionamiento de los tejidos o partes del ojo. El impedimento puede ser en la parte central del ojo, la lente o el área que rodea la mácula, en cuyo caso la persona podrá tener una buena visión periférica, pero tendrá dificultad para ver detalles finos. Por el contrario, el impedimento puede localizarse en la estructura o células del área periférica, causando lo que comúnmente se conoce como "visión tubular". La persona puede tener una visión central muy clara al enfocar en un punto determinado, pero no puede ver fuera de la zona central.

Percepción visual: este término se empleará para significar la habilidad para interpretar lo que se ve, es decir, la habilidad para comprender y procesar toda la información recibida a través del sentido de la vista. La información que llega por el ojo debe ser recibida por el cerebro, codificada con otras informaciones.

Aun en casos de impedimentos o cuando la agudeza es pobre, el cerebro recibe impresiones visuales y puede interpretarlas con relativa exactitud.

La percepción visual es un proceso decisivo que se relaciona más con la capacidad de aprendizaje del niño que con su condición visual. (11)

Una persona se considera afectada por la ceguera si su agudeza visual no supera 20/200 en el mejor ojo, con lentes correctores o si la agudeza visual es mayor de 20/200 pero con un campo visual no superior a 20 grados.

Causas prenatales: diabetes, glaucoma crónico, cataratas congénita, degeneración muscular, atrofia óptica, hidrocefalia, fibroplasia retrolental, glaucoma crónico, glaucoma agudo.

Glaucoma crónico: llega muy gradualmente y primero afecta la visión lateral o periférica y la capacidad de los ojos para adaptarse a la oscuridad.

Glaucoma agudo: la visión se hace nebulosa de repente a lo que acompaña un intenso dolor alrededor de los ojos. (5)

La causa más importante de la ceguera en el infante entre los años 1949 y 1953 ha sido la fibroplasia retrolental. Se produce en infantes inmaduros con bajo peso al nacimiento que han debido ser colocados en carpa de oxígeno. Se ha dicho que en concentraciones elevadas y prolongadas de oxígeno los tejidos inmaduros del ojo sufren alteraciones que terminan en una cicatrización permanente de la retina. Son muy comunes los gemelos. Los niños con fibroplasia retrolental muestran tendencia a la fragilidad, son de estatura pequeña y a veces su crianza resulta difícil. Su desarrollo físico en las primeras etapas del crecimiento suele ser más lento que en muchos niños ciegos.

Entre las enfermedades que se producen después del nacimiento y que pueden causar la ceguera es importante la Meningitis Tuberculosa. En estos casos puede hallarse seriamente afectado el desarrollo físico del niño, pero a menudo se produce la recuperación. Resulta alentador cómo progresan estos niños si son objeto de cuidados y atención educacional, a pesar del defecto de la ceguera parcial o total que pudo haberse producido. El niño deberá volver a aprender a caminar y hablar y a pasar por todas las etapas del desarrollo que quedaron detenidas en el comienzo de la enfermedad.

Es importante recordar que el niño que no ha nacido ciego tiene ciertas ventajas gracias a la memoria visual, a su recuerdo del mundo que ha visto, aunque este recuerdo se irá desvaneciendo a medida que pasa el tiempo. El niño con visión parcial puede evitar los obstáculos y asir los objetos con más exactitud que el ciego, pero la visión parcial, sobre todo si es variable, puede llevar a una gran

confusión en la percepción y a errores de juicio que provocan ciertos problemas en el aprendizaje de las materias elementales: lectura, escritura, aritmética. (8)

1.4.2 Causas y clasificación de la ceguera. Dentro de las principales causas, de acuerdo al estrato socioeconómico medio y bajo están: herencia, infecciones, trauma de diversos tipos, tóxicos, los medios deficientes que dispone el país para controlar y ayudar adecuadamente. La pobreza ligada con la ignorancia alejan al afectado de consultar oportunamente al oftalmólogo.

Clasificación general de la ceguera: prenatal, natal, postnatal.

- Prenatal: se adquiere durante el embarazo principalmente en los tres primeros meses.
- Natal: se da por sufrimiento fetal o por anosmia en el momento del parto.
- Postnatal: se da por traumas, accidentes o limitaciones que tienen como consecuencia la ceguera. Al perder el sentido se desarrollan en forma compensatoria los otros sentidos. El ciego desempeña sus labores igual y mejor que un vidente. (1)

ETIOLOGIA:

- Congénita
 - Cataratas

- Aniridia
- Anoftalmia
- Adquirida
 - Glaucoma
 - Cataratas (diabética, senil ...)
 - Tracoma
- Secundaria
 - Rubéola
 - Difteria
 - Meningitis
 - Enfermedades intercraneales
 - Intoxicaciones

SINTOMAS

- Alteraciones aspecto externo del ojo
- Dolor ocular
- Fotofobia
- Halos
- "Moscas volantes"
- "Nistagmus"
- Visión doble
- Trastornos del aparato lacrimal
- Defectos del campo visual (9)

CLASIFICACION DEL DEFICIT VISUAL

- Consideramos **Niños ciegos congénitos** a los que presentan ceguera en el momento de su nacimiento o en un periodo inmediato, como sería el caso de la retinopatía del prematuro o la fibroplasia retrolental.
- Los **Niños de baja visión** son aquellos cuya agudeza visual es inferior al 10-30%, pero considerando que la eficacia visual que presentan es el principal factor a tener en cuenta. A menudo se ha observado que niños con muy baja visión presentan mejor funcionalidad que otros con una agudeza visual mayor. Diversos factores como la inteligencia general, la motivación, la estimulación visual, las influencias del entorno y la propia individualidad del niño con su personal capacidad intervendrán en el mejor aprovechamiento de la visión. Por otra parte, el niño de baja visión base su percepción en un mundo real, visible aunque sea con grandes dificultades, pero que le proporciona la información de un mundo externo presente, elemento de gran importancia que potencia la interacción con el medio y la creación de una organización mental similar a la del vidente. A través de sus actividades perceptivas, el niño de baja visión visualiza y retiene en su memoria. Puede observar, por ejemplo, un objeto, tocándolo e inmediatamente formar una idea visual de este objeto, basada en experiencias visuales previas.
- **Niños con ceguera adquirida:** después de los primeros 12 meses de vida.

Aquí se debe tener presente que muchos de estos niños han visto durante las primeras etapas, con grandes dificultades. Aunque esta visión haya sido borrosa e incompleta, es tanta su importancia en la organización de las diversas estructuras mentales que intervienen en el periodo sensoriomotor, así como en la interacción social, que este equipamiento influirá de forma decisiva en la adquisición de etapas posteriores. Aunque estos niños no retienen imágenes visuales útiles, sí han recibido el beneficio de la formación de estructuras mentales basadas en la visión.

- **Niños ciegos o de baja visión con afectación del SNC:** estos niños presentan todavía una mayor heterogeneidad en su desarrollo, dependiendo de la afectación que presenten y del compromiso de las distintas áreas cerebrales. El ritmo de evolución de estos niños será aun más lento y la precocidad de la intervención profesional resulta todavía más urgente, si cabe, que en el niño sólo con déficit visual. (8)

1.4.3 Número de población que se espera esté afectada para el año 2000.

Actualmente, la ceguera afecta a más de 15'000.800 personas. Para el año 2000 se estima que afectará a casi 30'000.000 de habitantes. (2)

1.4.4 Comportamiento y actitud del niño invidente

Consecuencias de la ceguera: trae muchos efectos negativos afectando así su vida personal y otras consecuencias como implicaciones psicológicas,

implicaciones sociales, implicaciones educativas, implicaciones ocupacionales.

- Implicaciones psicológicas: afecta la personalidad, no sabe hasta qué punto va a ser dependiente de los que lo rodean, el medio ambiente lo afecta negativamente porque se siente inferior a los demás, inseguro e inválido. De acuerdo al medio ambiente negativo o de incompreensión el niño no podrá surgir, se arraiga al menosprecio, autocompasión y la depresión, pero si es un medio comprensivo, tolerante, el efecto será positivo para la autoestima y personalidad, por eso es básico el afecto, la comprensión, la ayuda de amigos y compañeros sin llegar a la sobreproducción.
- Implicación social: todo ser humano necesita ser aceptado por la sociedad en la vive. Cuando nos referimos a una persona invidente ocurre el mismo fenómeno, donde también debe existir un proceso de socialización, cumplimiento de normas de conducta y deberes para con la sociedad. Son este tipo de personas las que se encuentran en desventaja ya que el acceso a las oportunidades de aprendizaje se encuentran limitados, contribuyendo a la formación de una barrera de aprendizaje y de integración social. Por este motivo la sociedad tiene gran responsabilidad en evitar este aislamiento, dejando de ver al ciego como un problema y tratando de hacerlo sentir como una persona más de la colectividad, sin lástima, compasión y caridad.
- Implicaciones ocupacionales: en algunas familias no se ve la necesidad de que esta persona trabaje debido a que la pueden mantener, pero en la

mayoría de los casos esto no sucede. Independientemente el caso que sea, es mejor que el ciego aprenda a ganar sustento como cualquier persona, así se siente útil. El mercado ocupacional para el ciego es muy limitado sobre todo en la industria pesada y el comercio, se les brinda más oportunidad en las manualidades y en las industrias menores, siendo esto una limitante para ellos porque no pueden trabajar en el campo que les gusta, no pueden elegir un nivel de creatividad y se ven disminuidos por las circunstancias obligándolos a la resignación. (1)

1.4.5 Medio ambiente y entorno familiar

Orientación familiar

1. La familia: los padres deben ser educados para educar después al niño, evitando la superprotección, rechazo, resignación, compasión.

2. Educación en etapa preescolar:
 - Necesita todo lo que necesitan los otros niños.
 - Tienen tanta habilidad como los demás, la lentitud no indica deficiencia mental.
 - Hay que estimularlo, no forzarlo, intentarlo una y otra vez, elaborarlo por su esfuerzo.
 - Necesita más tiempo, imaginación, paciencia.
 - Muy importante el oído, debe sentir lo que ha de hacer (aprende haciéndolo).

- Compartir con los otros niños le ayuda en su desarrollo.
- No importa que se caiga.
- Que haga su parte en los pequeños trabajos de la casa, lo mismo que sus hermanos.

La Familia: el medio social en que se desenvuelve la familia, su entorno inmediato, tiene una influencia determinante sobre el modo en que se solventan los problemas de educación.

La familia del invidente debe contemplar sus problemas de un modo realista. Es necesario que se armen de ingenio (conocer el mundo que le rodea, evitar algunos convencionalismos), paciencia y energía.

La madre debe velar para que el desarrollo sensorio-motor sea favorecido por una riqueza de estímulos sensoriales bien elegidos: juguetes adecuados, etc.

Desde el momento en que puede mantenerse en pie es capaz de aprender andar; esto se produce normalmente a lo largo del segundo año (9)

La Familia Primera Socializadora: el ser humano no puede sobrevivir por sí mismo, en cuanto es esencialmente un ser social; si bien la persona que lo alimenta es la madre, el proceso nutritivo y sus efectos son, en última instancia, una función de las características de sustento de la familia como un todo.

La familia es extraordinariamente sensible a las necesidades de las personas que las componen y a su medio comunitario más amplio. Los lazos de amor y lealtad, la reciprocidad de necesidades y las relaciones entre la madre, el padre y el hijo, pueden organizarse de formas variadas, según las condiciones sociales y culturales.

El minusválido y su Familia: cuando un embarazo normal concluye con el nacimiento de un niño deficiente, se plantea inevitablemente una crisis, ya que lo que esperan los padres no es meramente un "hijo abstracto", sino el hijo particular que ya tienen presente en sus mentes cuya imagen es la de un hijo ideal: un hijo normal, sano y sin defectos ni rasgos especiales. Pero si el hijo nace deforme, deficiente o con algunas características diferentes a las consideradas socialmente como "normal o comunes", la discrepancia entre la imagen ideal y la realidad es muy notoria. Tal discrepancia puede llegar a ser tan grande que los padres se encuentran, al menos temporalmente, sin recursos para superar la situación a la que deben enfrentarse.

El caso de los padres de un niño deficiente exige una adaptación instantánea, la cual no se da en ningún caso.

Esta situación suele ser dolorosa y ellos tratarán de encontrar un modo de defenderse; esa defensa se manifiesta en el desfase que hay entre el conocimiento de la realidad y el momento en que se incorpora a la vida afectiva. Los errores que los padres cometen debido a su inadaptación, marcarán

profundamente la vida del niño; es posible que el médico haya dado ya un diagnóstico claro e inequívoco que no deje lugar a dudas sobre la minusvalía y perspectivas futuras del niño y, sin embargo, en términos emocionales, puede ocurrir que los padres tarden semanas, meses, años, en aceptarlo. Tal aceptación no tiene nada que ver con el sentimiento de resignación frente la adversidad ni con la decisión de mantener el niño en casa en lugar de enviarlo a una institución especializada, sino que hace referencia al hecho de que los padres no se sienten en la necesidad de defenderse de la verdad y sus experiencias de dolor. (6)

La ceguera es una afección que puede originar hospitalizaciones frecuentes debido a que puede ir acompañada de otros problemas causando separación de la familia y bajo desarrollo social. La capacidad de un niño ciego es difícil de establecer, muchas veces son considerados como retardo en el desarrollo.

En el crecimiento y desarrollo inicial del niño los padres actúan como sobreprotectores o rechazando al niño ocasionado una falta de autoayuda y retardo general del desarrollo siendo generalmente mal interpretado como retraso mental. (2)

Evaluación de las facultades mentales: Para determinar si un niño ciego puede obtener beneficios con la enseñanza en la escuela del tipo de la Sunshine Home Nursery School, es necesario hacer una evaluación de sus facultades mentales. Se trata de una decisión importante y difícil, hemos llegado

a la conclusión de que es necesario tomar en consideración una serie de factores.

Hay que buscar con cuidado la causa de la ceguera. La experiencia ha demostrado que la trofia óptica o la microftalmia están relacionadas más comúnmente que otras con daño encefálico. Ej: el glioma o las cataratas.

El hecho de que el niño haya sido prematuro casi inevitablemente provocará un retardo en su crecimiento físico durante el primer año de vida y este a su vez limitará las oportunidades que favorecen el desarrollo mental, aunque con el tiempo el niño recupera el tiempo perdido.

Los niños con defectos visuales deberán pasar largos periodos en el hospital y es importante contar con datos a este respecto. Quizás el niño estuvo las dos primeras semanas de la vida en carpa de oxígeno y muchas semanas después internado, muchos niños ciegos deben ser examinados periódicamente en el hospital bajo anestesia, o son sometidos a ciertas formas de tratamiento como la punción de una catarata. El importante proceso de establecer relaciones, de establecer lazos con una persona que por lo común es la madre que lo alimenta lo viste y lo baña, se verá demorado o interrumpido por la hospitalización. Normalmente la madre proporciona los incentivos para el desarrollo mental, por el interés que pone en el mismo y su dedicación al niño. La seguridad de su afecto y sus cuidados ofrecen al niño las condiciones básicas para su salud mental y le permiten aprender y desarrollarse normalmente. Algunos niños se

ven mas perturbados que otros por la separación de sus madres y por operaciones menores, algunos parecen interpretar su internación en un hospital como un rechazo del hogar y las operaciones como una forma de castigo, mas aun cuando las relaciones familiares no son muy felices o estables, o si la experiencia hospitalaria del niño coinciden con la enfermedad de la madre o con la llegada de un hermanito, al que consideran su rival en cariño materno. Pueden limitarse las desventajas de esta situación si al ser dado de alta el niño recibe una mejor atención de la madre y un cuidado especial en el hogar, su aparente retardo puede desaparecer cuando haya construido una relación segura con un adulto que para el sea importante. Si el niño ciego tiene dificultades en e movimiento por cierto grado de espasticidad serán limitadas sus oportunidades para aumentar su experiencia acerca del mundo que lo rodea.

El cuidado del infante ciego: tratarlo como un niño y en segundo término como niño ciego. El niño ciego, como cualquier otro niño, necesita a su madre mas que nada en el mundo, para que lo cuide los primero años. Es mejor tratar de olvidar que es diferente de los demás, hablarle, cantarle y jugar con él tanto o mas que con el niño vidente. Sus necesidades son fundamentales como afecto, seguridad y cuidado constante. Desde el principio necesita tener la sensación de que es un miembro de la familia y de que toda ella se une para compartir la necesidad, la responsabilidad y el interés que suponen su crianza.

Los ciegos cultos que forman legión en el país están capacidades para actuar

en las diferentes ramas del orden social con la misma cabalidad y lucimiento de cualesquiera de los videntes. Entre mas civilizados sean los países, los ciegos estarán llamados a desempeñar un papel activo en la vida ciudadana.

Como profesionales, los ciegos son cumplidos y honorables, como demuestran los certificados de los distintos patronos y pruebas elocuentes de lo que ellos son capaces. Esta natural eficiencia en el trabajo nos parece muy explicable ya que el ciego cuenta actualmente con una red de planteles que forman y educan de acuerdo con todas las exigencias de la ciencia.

Resulta lógico que en una república como la nuestra en donde la lucha por los ciegos está hasta ahora en formación, cualquier especie en su contra hace nulatoria cualquier labor benéfica que en su favor quiera desarrollarse, sean cualesquiera los cimientos en que dicha labor esté formada.

Para evitar el fracaso todo el mundo debe poner de su parte. Los ciegos, procurando superación y absteniéndose de cometer delitos. También conviene el acercamiento espiritual, mutuo, para encontrar y allanar conjuntamente las diferencias que nos separan de los otros. LUIS BERNAL (7)

Qué dificultades supone la ceguera? Lowenfeld, Wills, Foulke, Tobin, Leonhardt y otros investigadores coinciden al manifestar las grandes dificultades, el alto riesgo y la vulnerabilidad que presenta en su desarrollo el niño ciego, así como las consecuencias que supone para su educación. Los

estudios de Gomulicki, 1961, sobre el desarrollo de la percepción en niños ciegos de 5 años, nos muestran una notable inferioridad en relación con compañeros videntes de la misma edad, tanto en localizaciones auditivas y táctiles y en manipulación. Las diferencias disminuyen con la edad, y Gomulicki infiere que la ausencia de la función integradora de la visión determina que el desarrollo de "un uso efectivo de los otros sentidos sea particularmente difícil en los niños pequeños ciegos".

Wills, 1974, señala las dificultades de comprensión del entorno, diciendo "el niño ciego comprende el mundo mas tarde y de diferente forma que un niño con total equipamiento", pero por sobre todo necesita algunas cosas en especial aparte de las que recibe un infante bien atendido: algo mas de demostración de cariño por medio de mimos y caricias porque no puede ver la demostración afectuosa de un rostro, aunque el tono de voz de la madre es índice importante de sus sentimientos hacia a él. Necesita que se le hable mas y escuchar conversaciones y explicaciones de los objetivos y los hechos. Porque su experiencia está limitada por la falta de información visual necesita mas estímulo para la actividad, mas incentivo para incorporarse, gatear, pararse y caminar, porque los incentivos visuales no existen para él y porque no puede juzgar con certeza la posición de los obstáculos, teme aventurarse y explorar por su cuenta como lo haría un niño que ve. (8)

El desarrollo del niño es muy importante. Con el lenguaje comienza a comunicarse, a relacionarse con el medio y las personas que lo rodean, al niño

ciego se le dificulta desarrollar su lenguaje por no ver, estará restringido a la movilización por no ver, para enseñarle hay que utilizar un lenguaje apropiado.

Las oportunidades sociales y educativas tienen una influencia positiva en su desarrollo y crecimiento donde influyen el ambiente natural y normal al ofrecerle un continuo estímulo, la relación y seguridad que le den sus padres hacen parte de su desarrollo. (3)

El ciego en el conglomerado social: entre los conocimientos elementales que se dan en la escuela primaria se encuentran aquellos que se dice, como el hombre no puede ni podrá vivir alejado al resto de sus semejantes, al resto de la naturaleza, pues es bien sabido que entre mas asistido se viva se estará mas propenso a la apatía, al pesimismo, al egoísmo y al salvajismo. Esto última concreción máxima del vivir sin vinculo social ninguno.

Foulke, 1962, sostiene que el concepto de individualidad particular de un niño se va adquiriendo a través de las experiencias que realice y de su máximo numero y que las experiencias del niño ciego parecen ser mas restringidas.

Sonksen, 1984, destaca la falta de incentivo que tiene el niño ciego para descubrir el mundo externo. El impulso inicial que presentan los niños por medio de la excitación interna que procede a la adquisición de cada nueva etapa está ausente de los bebés ciegos.

Aproximación psicológica a la ceguera: Lowenfeld, señala que la ceguera impone tres limitaciones básicas:

- En la cantidad y la variedad de experiencias que la persona puede realizar.
- En la capacidad de conocer el espacio que lo rodea y moverse libremente, y
- En el control del mundo que lo rodea y en las relaciones que establece el yo del niño con este entorno.

Necesidad de comprensión de la ceguera: La ceguera no es, pues, simplemente no ver, ni tener que aprender el sistema Braille para poder acceder al lenguaje escrito, ni necesitar un bastón blanco para desplazarse por la calle, ni la simple adaptación de unas técnicas de aprendizaje. La ceguera es un déficit muy complejo que implica toda una serie de restricciones perceptivas que deben tenerse en cuenta en la relación con la persona ciega y, muy especialmente, en la educación del pequeño ciego. (8)

Aspectos psicológicos en el niño ciego: el mundo del ciego y el del vidente son completamente distintos, se apoyan en formas perceptivas diferentes y su única similitud es la naturaleza de las cosas. El invidente recibe información del exterior gracias al sentido táctil-kinestésico y acústico. Sus percepciones no son globales, siempre sucesivas (excepto cuando toca con una o las dos manos a la vez).

El lenguaje es también una vía que le permite conocer el mundo del vidente, pero el significado de las palabras no le es siempre accesible (verbalismo). A pesar de estos problemas el ciego actúa con normalidad y puede alcanzar, en casi todas las áreas, iguales resultados que los videntes. (9)

Trastornos asociados:

- Falta de seguridad
- Sentimiento de inferioridad
- Fantasía
- Verbalismo
- Marcha atípica
- Disminución del desarrollo muscular
- Soledad

La carencia de visión desde el nacimiento provoca un desarrollo cognitivo particular:

1. Retraso en la adquisición del dominio de operaciones concretas.
2. No presentan retrasos en tareas basadas en el lenguaje y en operaciones formales.

3. Peculiaridades en los procesos de lectura táctil. Estas peculiaridades tienen 3 explicaciones:

a) La hipótesis del efecto de la escolaridad: Oppen (77), Greenfield (66), De Lemos (69), Bovet (74) manifiestan la influencia de la escolarización sobre el desarrollo cognitivo.

- La conservación de la cantidad de sustancia es sensible a factores instruccionales.
- Los ciegos escolarizados en cursos inferiores al correspondiente tienen un rendimiento inferior al de los videntes.
- No presentan retraso si se encuentran en un grado escolar, viven en sus familias y están en enseñanza integrada.

b) La hipótesis de la remediación verbal: los ciegos de 3 a 14 años codifican la información de una forma predominantemente semántica. Las tareas que los videntes resuelven de forma concreta son resueltas por los ciegos mediante el recurso a estructuras formales, a un razonamiento proporcional.

c) El desarrollo del sentido táctil: Hermelin y O'Connor (7), Marmor y Zabrack (76) y Millar (76): ciegos y videntes con los ojos tapados pueden representar mentalmente configuraciones espaciales conocidas táctilmente. Los

movimientos autodirigidos para la exploración háptica de formas aumentan con la edad, por tanto vista y tacto evolucionan de forma similar, aunque el ultimo de forma mas lenta. (9)

A los padres que se encuentran en una situación semejante, se les plantea una serie de interrogantes tales como son:

¿Deben aceptar los sacrificios personales que impone la reorganización de sus vidas en torno al hijo minusválido o dejar que la cosas sigan como están?

¿Puede vivir con sus sentimientos negativos o deberán tratar de reprimirlos, de enfrentarlo o transformarlos?

¿Deben cumplir con su obligación de padres cuidándolo o enviándolo a un centro de educación especial?

Casi siempre se observan 2 actitudes de los padres frente a la ceguera del niño, la primera surge de una pena natural y del deseo natural aunque equivocado de proteger al niño ciego de todo daño, se lo abrumba con el cariño materno, se le evita todo tipo de escogencia que podría resultar difícil, se le protege constantemente del mundo cruel que lo rodea y se o abrumba con reiteradas amonestaciones, no tocar para no lastimarse, para no romper nada, se prevén todos sus deseos y tiene poco estímulo para defenderse por sí mismo. No se le estimula para que gatee o camine y se lo mantiene entretenido, tarea en la que

colaboran parientes devotos y dispuestos, haciéndole escuchar radio, grabaciones, así vive una existencia pasiva y cómoda.

La segunda actitud familiar que no es tan común se produce en algunos casos en que la madre ha tenido problemas familiares especiales, estrechez económica, dificultades matrimoniales o constante enfermedad, por ejemplo. El nacimiento de un niño ciego trastorna el equilibrio y la madre se siente incapaz frente a la situación, no puede mostrar afecto por el niño, se aleja de él y lo rechaza emocionalmente, lo trata con disgusto y tiende a ignorarlo en lo posible.

El mejor sitio para el niño ciego pequeño es su propio hogar, aceptado y querido por toda la familia, sentirá que ese es su lugar y que él también tiene algo que contribuir a la felicidad de la familia. Sentirá que ese es su lugar. Necesita ser amado, alentado y a veces regañado por sus padres como cualquier niño hasta momento en que pueda beneficiarse con el compañerismo de otros niños, con dificultades similares y con una educación más especializada. (6)

Es más importante ayudar a un niño a que se baste a sí mismo que al niño que ve porque sólo por este medio aprenderá a tener respeto, sólo por este medio aprenderá a tener respeto y orgullo de sí mismo y esto lo ayudará a vencer el sentimiento de inferioridad y de diferencia con los otros niños que pueden aparecer más adelante.

Sobreprotección: esta actitud se observa en los padres que ponen el acento exclusivamente en el déficit, olvidando que el niño ciego es ante todo un niño.

Estos padres, llevados por la presión emocional de sus sentimientos sobreprotegen al niño y realizan todo aquello que él podría hacer, privándolo de las experiencias normales que todo niño debe realizar para lograr un buen desarrollo. Nos referimos aquí a toda la sobreprotección negativa que no permite al niño crecer y que corta cualquier espontaneidad e interés. En cambio, la distinguimos de la sobreprotección positiva, gracias a la cual la mayoría de los niños con graves déficit pueden desarrollarse. Esta “sobreprotección” potencia al niño, lo acoge y estimula a un crecimiento, en general nos da la impresión de que se realiza de forma lenta, pero ello se debe a una buena comprensión de las posibilidades del niño y de la lentitud que caracteriza los aprendizajes de los niños con graves déficit. Estos padres muestran una gran preocupación por él, que a menudo no es realmente entendida en su justo papel.

Muchos de los padres que presentan lo que denominamos sobreprotección negativa, experimentan sentimientos tan fuertes de culpa y rechazo que sienten la necesidad de una continua protección del niño, frenando todo impulso que presenta; a fin de hacerle la vida lo más fácil posible, en un intento de suavizar de alguna forma sus sentimientos.

Así mismo, el deseo de conservar dependiente al niño es, a menudo, una

necesidad experimentada por la madre. Creer que el niño necesita protección hace que la madre prolongue el estatus materno indefinidamente. Los efectos de la sobreproducción negativa son importantes ya que retardan el desarrollo general del niño, física, mental, emocional y socialmente.

Negación: la negación es otra de las actitudes que pueden adoptar los padres de niños ciegos, a fin de no aceptar el déficit. Estos padres se esfuerzan y hacen sacrificios con el objetivo de demostrarse y demostrar a todo el mundo que el niño es “como todos”. Estos padres tienen la necesidad de probar que el niño es perfecto, a fin de aminorar sus sentimientos de culpa. De esta forma pueden no tener en cuenta las necesidades y posibilidades del niño; no animar la exploración táctil del niño cuando se halla fuera de su casa, darle un lenguaje con complejas connotaciones de vidente, sin permitir o animarlo a que exprese sus propias sensaciones y percepciones, a fin de que sea él mismo. (8)

Pero esta enseñanza requiere infinita paciencia y tiempo, este último por lo general falta en el hogar. En la escuela materna se lleva al niño a que levante lo que ha dejado caer, que vaya a buscar la pelota que rueda, o que se quite la chaqueta o se ponga las botas, y que use una cuchara para descubrir los bocados que ha de elegir en su plato, o los dedos, si no es capaz de manejar la cuchara, comer sin ver lo que hay en un plato requiere tiempo, se le ayuda guiándole la mano.

El juego imaginativo libre en que toma parte de un grupo de niños le dará

excelentes oportunidades para la expresión de sentimientos, el desarrollo de ideas y de cooperación social. Cuando un niño ciego juega vigorosamente con imaginación y demostrando adaptación social, ello se reconoce, como en todos los niños, como signos de buena salud mental.

Los niños ciegos aprenden muy pronto a escuchar y como prestan gran atención, pronto consiguen reproducir melodías. (8)

1.4.6 Educación en general

Necesidades educativas de los estudiantes discapacitados visuales.

Existen diferentes factores que determinan la educación del niño invidente:

- ¿Se cuenta en la escuela común con el servicio de apoyo especializado?
- ¿Se contemplan en la escuela común las necesidades resultantes de la discapacidad visual?
- ¿Se logra una verdadera interacción entre los alumnos discapacitados y quienes no lo son?

El sistema educativo debe ser lo suficientemente flexible para permitir cambios necesarios. El lugar, el ambiente físico, no interesa, pero sí la orientación, los objetivos y los recursos educativos. (12)

Ubicación del programa para discapacitados visuales. Tres etapas:

- Evaluación
- Identificación de las necesidades y elaboración de los objetivos a largo y corto plazo
- Consideración de las alternativas para su ubicación.

Según la Ley 94/142 sobre educación de los niños discapacitados, señala que deben ser educados con niños no discapacitados.

Requerimientos básicos de integración: debe haber una instrucción de necesidades académicas especiales y una destreza de comunicación. La necesidad sensoriomotora disminuye cuando la participación del docente especializado aumenta. (12)

La educación debe responder a las necesidades del educando. A mayor remanente visual mayor capacidad para aprender por imitación. La enseñanza de las habilidades sociales debe producir en el estudiante efectos a corto y largo plazo.

- Corto plazo: según el grado de éxito que alcanza en su integración inmediata al medio escolar.
- Largo plazo: según aprendizaje de normas y conductas que le permitan incorporarse activamente a la familia, a la comunidad y sociedad.

La mayoría de personas invidentes experimentan en mayor o menor medida la sensación de ser extraño en su propia cultura.

Las habilidades sociales y el autoconcepto: cuando pensamos en las personas no deficientes, damos gran importancia al desarrollo del autoconcepto, especialmente a sus dos componentes más fundamentales como la autoestima (visión de sí mismo) y la autoimagen (son las imágenes de nuestro lenguaje, actuaciones, posturas, cualidades, defectos, capacidades y posibilidades).

La vista juega un rol fundamental en el desarrollo de este autoconcepto; por eso si la persona es ciega verá severamente disminuidas las posibilidades de aprender por imitación. (13)

Implicación educativa: el invidente se encuentra frente a una gran limitación para adquirir el aprendizaje debido a que no puede leer ni escribir fácilmente, reduciéndose así el volumen de conocimiento que pueda adquirir. Es contraproducente integrarlos a un plantel educativo de niños videntes ya que se van a sentir inferiores, se asustan y adquieren una resistencia al aprendizaje que los puede condenar a la ignorancia. Debido a esto deben estudiar en centros educativos para no videntes, así se elimina esta desventaja y sus consecuencias. Esta educación es un poco deficiente debido al bajo número de establecimientos, con poco material educativo. En el mundo de los videntes

estas personas son ignoradas. (1)

La misión del adulto es interpretar el mundo para el niño ciego en los aspectos en que le falten sus propias sensaciones. Es mejor evitar un lenguaje especial, que omita la mención de color y otros datos visuales, porque al niño no le gusta sentirse diferente de los demás, sino que es más sensato acentuar la parte que mejor pueda comprender, textura, sonido, tamaño y olor. Los niños ciegos son generalmente curiosos acerca de los colores aunque si han nacido ciegos no pueden tener la apreciación visual de los mismos y parece mejor usar colores para describir un objeto de manera que puedan aprender a asociarlos con el objeto correspondiente, por ejemplo un buzón rojo, el cielo azul. (6)

En la educación de niños invidentes en colegios, su desarrollo tiene éxito con ayuda de los padres, maestros, compañeros y todos los que estén involucrados, se debe tener un objetivo educativo tanto para el niño discapacitado visual como para el niño con vista.

En lo cognitivo, socioemocional, motriz, autoimagen, lenguaje, comunicación, conceptos positivos e independencia. (3)

Una de las mayores preocupaciones de los ciegos colombianos es efectuar campañas en favor de su gremio, valiéndose de medios que por su eficacia causan en el público una gran sensación por la actividad y preparación que dichos medios requieren. De ahí se derivan los innumerables comentarios de

personas inteligentes que saben apreciar el valor moral de estas luchas, se desarrollan en favor de quienes son sus protagonistas, los "ciegos", pero en cambio muchos seres que comprenden a fondo la magnitud que encierran las mencionadas campañas, tratan de impedir el desenvolvimiento de ellas, no solamente privándose de colaborar sino también comentando y desconociendo las actuaciones de los ciegos, en una palabra, perjudicando los intereses y el adelanto de la calza.

Dos de los medios que hay sirven y se utilizan para adelantar las campañas en pro de los privados de la luz material, son la radiodifusión y el periodismo, en los cuales tanto el gobierno como la sociedad deben abrir campo a estos seres para que labren su futuro, por el que tanto han luchado, luchan y lucharán, porque el ideal que persiguen es justo y merecido.

Teniendo en cuenta que hoy existen planteles especiales para dar educación e instrucción al no vidente hasta ponerlo en condiciones de competir con el doctorado más elevado entre los videntes, que las instituciones fundadas en Colombia con este fin lleva a los carentes de la vista hasta las aulas de las mejores universidades norteamericanas para proporcionarles la preparación en materias que en su programa educacional no figuran y que una vez preparados para la lucha con la vida y sin ese concepto de inferioridad en que se les tiene, pueden desempeñar cualquier profesión con la misma eficacia de los videntes.

1.4.7 Atención odontológica en cuanto a educación y salud oral. El objetivo en la enseñanza o instrucción de higiene oral es que los niños invidentes sean autónomos en esta actividad específica proporcionando una secuencialización de las mismas y orientando tanto a las familias como a los profesionales del sistema educativo, personal y demás.

Debido a que los niños invidentes carecen de aprendizaje por imitación, el tiempo en esta tarea varía.

El proceso de estos aprendizajes es tan lento y laborioso que muchas veces los que convienen con ellos caen en la tentación de suplirlos en todas sus actividades incluso en edades muy avanzadas.

Hay que tratar de evitar que este tipo de niños constituyan una carga para sus propios compañeros, profesionales y familiares.

Aprender a pedir ayuda y no exigir es quizás la forma más directa y sencilla de resolver las dificultades y poder solventarlas con la información que le proporcionan los demás, ampliando sus recursos. Es el especialista en habilidades de la vida diaria (en este caso el odontólogo), quien debe asesorar a padres y profesores para trabajar en estrecha colaboración en favor de estos niños y ser congruentes en la orientación de las actividades. El proceso de aprendizaje irá de acuerdo al nivel de exigencia, como lo son las variables: edad, necesidades personales, familia, medio ambiente, lenguaje, y otras, y

como en todo, cuanto más se amplíen sus experiencias y conocimientos, mayor será su autonomía.

Orientación: antes del inicio de la aplicación de instrucción de higiene oral sugerimos al profesor la experiencia: “hágalo usted primero con los ojos vendados”, de tal manera que al ponerse en su lugar comprenderá las dificultades que entraña la consecución de dichas habilidades. No se trata de forzar situaciones sino utilizar relaciones de acción-aprendizaje a través de juegos o situaciones gratificantes.

Cepillado de dientes: utilizar un cepillo de dientes apropiado para el niño, con crema dental agradable, que no sea fuerte ni áspera. Las mejores horas para enseñarle son después de las comidas y antes de irse a la cama.

Debemos acordarnos de la regla siguiente: “cepille en la dirección en que crecen los dientes”, es decir, hacia abajo en el maxilar superior y hacia arriba en el maxilar inferior y la base de los molares y premolares en sentido circular.

Utilizar un cepillo de dientes apropiado para el niño con crema dental agradable que no sea fuerte ni áspera. Seleccionar y preparar los utensilios necesarios, cepillo, crema dental y vaso.

Para controlar la cantidad de pasta, coger el cepillo por la parte de las cerdas y con la otra mano colocar la punta del tubo dentífrico sobre los pelos apretando

para que con la otra mano al tocar controle la cantidad de pasta.

Técnica: quitar el tapón del tubo y colocarlo en el lavamanos o en un sitio cercano a éste fácil de recordar, colocándolo por el lado plano para impedir que ruede. También se puede guardar en la palma de la mano o en el bolsillo.

Sacar aproximadamente 1 cm o 2 cm de crema y ponerla sobre el índice (para hacerlo se empieza por el extremo del dedo y se va hasta la primera articulación) o en la palma de la mano.

Retirar el tubo de pasta dentífrica. Mojar la pasta y pasarla del dedo al cepillo. Como alternativa usar el cepillo para coger la pasta de la palma de la mano.

El cepillado se hará de la siguiente manera: Parte exterior de los dientes, movimiento de arriba hacia abajo. Parte inferior, movimientos de abajo hacia arriba. Base de muelas, movimiento en sentido circular. Lavar el cepillo, volver a colocar el tapón en el tubo de pasta y colocamos en su sitio.

Muchas personas como alternativa a esta técnica se ponen la pasta directamente en la boca o en su dedo para introducirla después en la boca (14).

Utilización de seda dental:

- Sostener el envase de la seda dental con la punta de los dedos, levantar la

tapa y con una uña localizar el borde afilado y cortante (el extremo del hilo se suele localizar por el borde cortante).

- Halar de la seda hacia el codo del brazo, se sostiene el envase (con el brazo en posición recta) y cortarla con el borde afilado del envase. Con este método se obtendrán unos 40 cm de seda.
- Colocar el envase en un lugar fácil de recordar.
- Enrollar la seda en las puntas de los dedos medios, dejando aproximadamente 15 cm de seda entre los dedos. Usando los índices para mantenerla tensa, introducirla entre los dientes.
- Tirar con suavidad de la seda hacia delante y hacia detrás, hacia arriba y hacia abajo, a lo largo de la superficie entre los dos dientes. Repetir el procedimiento con el resto de los dientes, moviendo la seda con suavidad para evitar que las encías sangren, halar la seda.
- Al terminar, cerrar la tapa del envase.

Indicaciones: como método alternativo, los palillos dentales, que se encuentran normalmente a la venta, son más fáciles de manejar para algunos estudiantes. El palillo permite un control firme y un fácil acceso a los dientes sin meter los dedos en la boca. (14)

El facultativo que sabe adaptarse a la capacidad de un niño podría preparar un entorno adecuado para tratar satisfactoriamente a este tipo de niños.

Problemas de visión:

- Hay que permitir a estos niños que aprovechen la sensibilidad táctil y el olfato para familiarizarse con el entorno y los métodos odontológicos.
- Una vez establecida una buena relación hay que tranquilizar física y verbalmente a los niños. Estos no pueden ver nuestra sonrisa.
- Hay que conseguir que el paciente se haga una imagen mental describiéndole el tratamiento y el entorno a lo largo del procedimiento. Se puede desencadenar un reflejo de sobresalto si no adapta al paciente antes de introducirle diferentes instrumentos en la boca sin avisarle.
- Muchas personas con problemas visuales tienen ftofobia. Es importante preguntar a los niños y a sus padres si son sensibles a la luz, las gafas de seguridad deberían ser preferiblemente tintadas. (23)

1.4.8 Ubicación del niño en el consultorio. La evaluación de la socialización del niño es útil para el abordaje de su conducta odontológica, siendo muy importante la actitud de los padres.

Se debe diferenciar entre los niños que un día vieron de los que nunca han visto. A estos toca hacerles más explicaciones para que puedan percibir mejor el ambiente odontológico.

Todo odontólogo debe comprender que el niño ciego congénito necesita más demostraciones de afecto y amor tempranamente en su vida y que son diferentes intelectualmente de los niños que no son ciegos de nacimiento.

Para explicar se usa el tacto, el oído, el olfato y el gusto. Con esto se les ayuda a encarar conductas, una vez se desarrolla el habla. Los otros sentidos asumen gran importancia y pueden ocurrir los demás desarrollos que son comparables con los de los niños videntes.

La actividad motora afecta el desarrollo del lenguaje y la percepción, ellos sufren más accidentes en los primeros años de vida. Presentan mayor frecuencia en dientes hipoplásticos y traumatismos en los dientes anteriores, tienen mayor posibilidad de padecer gingivitis.

Antes de iniciar un tratamiento odontológico el odontólogo debe tener en cuenta:

1. Determinar el grado de discapacidad visual.
2. Si el paciente va acompañado, determinar si éste es el intérprete del niño, de

lo contrario debe dirigirse al paciente.

3. Evitar expresiones de pena o referencias a la ceguera como una aflicción.
4. Al conducir al paciente al consultorio, consultarle si desea ayuda, no tome, mueva o detenga al paciente sin advertírselo verbalmente.
5. Describa la disposición de la sala. Describa siempre en forma adecuada al paciente los procedimientos del tratamiento antes de efectuarlos.
6. Al hacer contacto físico, reasegure al paciente.
7. Presente al personal restante muy informalmente.
8. Permita que el paciente pregunta acerca del tratamiento y respóndale, teniendo en cuenta que es altamente individualista, sensible y obediente.
9. Permita que el paciente que usa anteojos los conserve puestos para su protección y seguridad.
10. Evite referencias a la vista.
11. En lugar de usar abordaje diga-muestre-haga, invite al paciente a tocar, gustar u oler, reconociendo que esos sentidos los tiene agudizados.
12. Describa en detalle los instrumentos y objetos que ha de introducir en la boca del paciente.
13. Demuestre cómo funciona una tasa de goma montada sobre una uña del paciente.
14. Sostener una mano del paciente a menudo promueve la relajación.
15. Dado que los gustos fuertes pueden ser rechazados, use cantidades menores de materiales con esas características.
16. Explique el procedimiento para la higiene oral y luego aplique la mano del paciente sobre la suya mientras usted guía en forma lenta y deliberada el

cepillo dental.

17. Use cassettes de audio y folletos en Braille para explicar procedimientos odontológicos específicos, para complementar la información y disminuir el tiempo de ocupación del sillón.
18. Anuncie las entradas y salidas de personas al consultorio animadamente. Trate de que sean mínimas, evite ruidos súbitos.
19. Límite la atención odontológica del paciente a un solo profesional.
20. Mantenga una atmósfera relajada.

La atención odontológica a los niños ciegos se ve facilitada por una comprensión profunda de sus circunstancias. Un abordaje en equipo por todos los profesionales involucrados en la atención del niño es ideal. La prevención de enfermedades y la continuidad de la atención son de la mayor importancia.

(2)

1.4.9 Legislación: Capítulo 2 - De los derechos sociales, económicos y culturales

Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.

Gozarán también de los demás derechos consagrados en la constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su derecho armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

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

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

Artículo 68. El Estado garantiza la libertad de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra. Los particulares podrán fundar Establecimientos Educativos. La ley establecerá las condiciones para su creación y gestión. La comunidad educativa participará en la dirección de las instituciones de

educación.

La enseñanza estará a cargo de personas de reconocida idoneidad. (15)

REQUISITOS PARA LA IGUALDAD DE PARTICIPACIÓN

Artículo 1. Mayor toma de conciencia. Los Estados deben adoptar medidas para hacer que la sociedad tome mayor conciencia de las personas con discapacidad, sus derechos, sus necesidades, sus posibilidades y su contribución.

1. Los Estados deben velar porque las autoridades competentes distribuyan información actualizada acerca de los programas y servicios disponibles para las personas con discapacidad, sus familias, los profesionales que trabajen en esta esfera y el público en general. La información para las personas con discapacidad debe presentarse en forma accesible.
2. Los Estados deben iniciar y apoyar campañas informativas referentes a las personas con discapacidad y a las políticas en materia de discapacidad a fin de difundir el mensaje de que dichas personas son ciudadanos con los mismos derechos y las mismas obligaciones que los demás, y de justificar así las medidas encaminadas a eliminar todos los obstáculos que se opongan a su plena participación.

3. Los Estados deben alentar a los medios de comunicación a que presenten una imagen positiva de las personas con discapacidad; se debe consultar a ese respecto a las organizaciones de estas personas.
4. Los Estados deben velar porque los programas de educación pública reflejen en todos sus aspectos el principio de la plena participación e igualdad.
5. Los Estados deben invitar a las personas con discapacidad y a sus familias, así como a las organizaciones interesadas, a participar en programas de educación pública relativos a las cuestiones relacionadas con la discapacidad.
6. Los Estados deben alentar a las empresas del sector privado a que incluyan en todos los aspectos de sus actividades las cuestiones relativas a la discapacidad.
7. Los Estados deben iniciar y promover programas encaminados a hacer que las personas con discapacidad cobren mayor conciencia de sus derechos y posibilidades. Una mayor autonomía y la creación de condiciones para la participación plena en la sociedad permitirán a esas personas aprovechar las oportunidades a su alcance.
8. La promoción de una mayor toma de conciencia debe constituir una parte importante de la educación de los niños con discapacidad y de los programas

de rehabilitación. Las personas con discapacidad también pueden ayudarse mutuamente a cobrar mayor conciencia participando en las actividades de sus propias organizaciones.

9. La promoción de una mayor toma de conciencia debe formar parte integrante de la educación de todos los niños y ser uno de los componentes de los cursos de formación de maestros y de la capacitación de todos los profesionales.

Artículo 2. Atención médica. Los Estados deben asegurar la prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad.

1. Los Estados deben esforzarse por proporcionar programas dirigidos por equipos multidisciplinarios de profesionales para la detección precoz, la evaluación y el tratamiento de las deficiencias. En esa forma se podría prevenir, reducir o eliminar sus efectos perjudiciales. Esos programas deben asegurar la plena participación de las personas con discapacidad y de sus familias en el plano individual y de las organizaciones de personas con discapacidad a nivel de la planificación y evaluación.
2. Debe capacitarse a los trabajadores comunitarios locales para que participen en esferas tales como la detección precoz de las deficiencias, la prestación de asistencia primaria y el envío a los servicios apropiados.

3. Los Estados deben velar porque las personas con discapacidades, en particular lactantes y niños, reciban atención médica de igual calidad y dentro del mismo sistema que los demás miembros de la sociedad.
4. Los Estados deben velar porque todo el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y tenga acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes.
5. Los Estados deben velar porque el personal médico, paramédico y personal conexas sea debidamente capacitado para que pueda prestar asesoramiento apropiado a los padres a fin de no limitar las opciones de que disponen sus hijos. Esa capacitación debe ser un proceso permanente y basarse en la información más reciente de que se disponga.
6. Los Estados deben velar porque las personas con discapacidad reciban regularmente el tratamiento y los medicamentos que necesitan para mantener o aumentar su capacidad funcional.

Artículo 3. Rehabilitación. Los Estados deben asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad.

1. Los Estados deben elaborar programas nacionales de rehabilitación para

todos los grupos de personas con discapacidad. Esos programas deben basarse en las necesidades reales de esas personas y en los principios de plena participación e igualdad.

2. Esos programas deben incluir una amplia gama de actividades, como la capacitación básica destinada a mejorar el ejercicio de una función afectada o a compensar dicha función, el asesoramiento a las personas con discapacidad y a sus familias, el fenómeno de la autonomía y la prestación de servicios ocasionales como evaluación y orientación.
3. Deben tener acceso a la rehabilitación todas las personas que la requieran, incluidas las personas con discapacidades graves o múltiples.
4. Las personas con discapacidad y sus familias deben estar en condiciones de participar en la concepción y organización de los servicios de rehabilitación que les conciernan.
5. Los servicios de rehabilitación deben establecerse en la comunidad local en la que viva la persona con discapacidad. Sin embargo, en algunos casos, pueden organizarse cursos especiales de rehabilitación a domicilio, de duración limitada, si se estima que esa es la forma más apropiada para alcanzar una determinada meta de capacitación.
6. Debe alentarse a las personas con discapacidad y a sus familias a participar

directamente en la rehabilitación, por ejemplo, como profesores experimentados, instructores o asesores.

7. Los Estados deben valerse de la experiencia adquirida por las organizaciones de las personas con discapacidad cuando formulen o evalúen programas de rehabilitación.

Artículo 15. Legislación. Los Estados tienen la obligación de crear las bases jurídicas para la adopción de medidas encaminadas a lograr objetivos de la plena participación y la igualdad de las personas con discapacidad.

1. En la legislación nacional, que consagra los derechos y deberes de los ciudadanos, deben enunciarse también los derechos y deberes de las personas con discapacidad. Los Estados tienen la obligación de velar porque las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos, incluidos sus derechos civiles y políticos, en un pie de igualdad con los demás ciudadanos. Los Estados deben procurar que las organizaciones de personas con discapacidad participen en la elaboración de leyes nacionales relativas a los derechos de las personas con discapacidad, así como en la evaluación permanente de esas leyes.
2. Tal vez sea menester adoptar medidas legislativas para eliminar las condiciones que pudieran afectar adversamente a la vida de las personas con discapacidad, entre otras, el acoso y la victimización. Deberá eliminarse

toda disposición discriminatoria contra personas con discapacidad. La legislación nacional debe establecer sanciones apropiadas en caso de violación de los principios de no discriminación.

3. La legislación nacional relativa a las personas con discapacidad puede adoptar dos formas diferentes. Los derechos y deberes pueden incorporarse en la legislación general o figurar en una legislación especial. La legislación especial para las personas con discapacidad puede establecerse en diversas formas:

- A. Promulgando leyes por separado que se refieran exclusivamente a las cuestiones relativas a la discapacidad;
- B. Incluyendo las cuestiones relativas a la discapacidad en leyes sobre determinados temas;
- C. Mencionando concretamente a las personas con discapacidad en los textos que sirvan para interpretar las disposiciones legislativas vigentes.

Tal vez fuera conveniente combinar algunas de esas posibilidades. Podría examinarse la posibilidad de incluir disposiciones sobre acción afirmativa respecto de esos grupos.

4. Los Estados podrían considerar la posibilidad de establecer mecanismos reglamentarios oficiales para la prestación de demandas, a fin de proteger los intereses de las personas con discapacidad.

Artículo 18. Organizaciones de personas con discapacidad. Los Estados deben reconocer el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad a representar a esas personas en los planos nacional, regional y local. Los Estados deben reconocer también el papel consultivo de las organizaciones de personas con discapacidad en lo que se refiere a la adopción de decisiones sobre cuestiones relativas a la discapacidad.

1. Los Estados deben promover y apoyar económicamente y por otros medios la creación y el fortalecimiento de organizaciones que agrupen a personas con discapacidad, a sus familiares y a otras personas que defiendan sus derechos. Los Estados deben reconocer que esas organizaciones tienen un papel que desempeñar en la elaboración de una política en materia de discapacidad.
2. Los Estados deben mantener una comunicación permanente con las organizaciones de personas con discapacidad y asegurar su participación en la elaboración de las políticas oficiales.
3. El papel de las organizaciones de personas con discapacidad puede consistir en determinar necesidades y prioridades, participar en la planificación, ejecución y evaluación de servicios y medidas relacionados con la vida de las personas con discapacidad, contribuir a sensibilizar al público y a preconizar los cambios apropiados.

4. En su condición de instrumentos de autoayuda, las organizaciones de personas con discapacidad proporcionan y promueven oportunidades para el desarrollo de aptitudes en diversas esferas, el apoyo mutuo entre sus miembros y el intercambio de información.
5. Las organizaciones de personas con discapacidad pueden desarrollar su función consultiva de muy diversas maneras, ya sea ostentando una representación permanente en los órganos directivos de los organismos financiados por el gobierno, ya sea formulando parte de comisiones públicas o aportando conocimientos especializados sobre diferentes proyectos.
6. El papel consultivo de las organizaciones de personas con discapacidad debe ser permanente, a fin de desarrollar y profundizar el intercambio de opiniones y de información entre el Estado y las organizaciones.
7. Esas organizaciones deben tener representación permanente en el comité nacional de coordinación o en entidades análogas.
8. Se debe desarrollar y potenciar el papel de las organizaciones locales de personas con discapacidad para que puedan influir en las cuestiones que se ventilan a nivel comunitario.

Artículo 19. Capacitación del personal. Los Estados deben asegurar la adecuada formación, a todos los niveles, del personal que participe en la

planificación y el suministro de servicios y programas relacionados con las personas con discapacidad.

1. Los Estados deben velar porque todas las autoridades que presten servicios en la esfera de la discapacidad proporcionen formación adecuada a su personal.
2. En la formación de profesionales en la esfera de la discapacidad, así como en el suministro de información sobre discapacidad en los programas de capacitación general, debe reflejarse debidamente el principio de la plena participación e igualdad.
3. Los Estados deben elaborar programas de formación en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad; esas personas, a su vez, deben poder participar como profesores, instructores o asesores en programas de formación del personal.
4. La formación de trabajadores de la comunidad tiene gran importancia estratégica, sobre todo en los países en desarrollo. Debe impartirse también a las personas con discapacidad e incluir el perfeccionamiento de los valores, la competencia y las tecnologías adecuados, así como de las aptitudes que puedan poner en práctica las personas con discapacidad, sus padres, sus familiares y los miembros de la comunidad.

LEY 83 DE 1946 - ORGÁNICA DE LA DEFENSA DEL NIÑO DEL CONSEJO NACIONAL DE PROTECCIÓN INFANTIL

Artículo 99. El Consejo, sea por medio de los Comités Departamentales de protección infantil, sea por medio de los Comités Municipales, tendrá a su cargo todo lo referente a la prestación y organización de los servicios sociales que en seguida se enumeran, sin perjuicio de la organización en materia de higiene materno-infantil, dependiente del Gobierno Nacional, con la cual deberá colaborar.

Artículo 101. El Consejo Nacional de Protección Infantil tiene además las siguientes funciones:

3o. Velar por el estricto funcionamiento de las disposiciones legales vigentes o de protección infantil, en especial de las relacionadas con la instrucción del trabajo y la preservación moral y física de los menores.

14. Estudiar la implantación de un seguro social familiar para el caso en que los padres se inhabiliten para el trabajo.

Del trabajo de menores

Artículo 111. Cualquiera que sea su ocupación queda prohibido trabajar a un niño en edad escolar, si con esto se disminuye en forma sensible el tiempo de

estudio o el tiempo de descanso necesario a su naturaleza física.

Disposiciones varias

Artículo 123. Los Departamentos suministrarán locales para los establecimiento de reeducación y de protección que en lo sucesivo se funden, ningún Departamento podrá acometer la construcción de estos edificios sin someter previamente los planos a la aprobación del Consejo Nacional de Protección Infantil.

Artículo 124. Es de cargo de la Nación el sostenimiento de las casas de reeducación, de protección y observación de que habla esta ley, en lo referente a los gastos del personal de educandos.

LEY No. 361 - 7 FEBRERO 1997

DISCAPACIDAD - LEY PARA UNA OPORTUNIDAD

Jairo Clopatofsky Ghisays

El Congreso de Colombia Decreta:

TÍTULO PRIMERO - DE LOS PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 3. El Estado Colombiano inspira esta Ley para la normalización social plena y la total integración de las personas con limitación y otras disposiciones

legales que se expidan sobre la material en la Declaración de los Derechos Humanos proclamada por las Naciones Unidas en el años 1948, en la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental aprobada por la ONU el 20 de diciembre de 1971, en la Declaración de los Derechos de las personas con limitación, aprobada por la Resolución 3447 de la misma organización, del 9 de diciembre de 1975, en el Convenio 159 de la OIT, en la Declaración de Sund Berg de Torremolinos, UNESCO 1981, en la Declaración de las Naciones Unidas concerniente a las personas con limitación de 1983 y en la recomendación 168 de la OIT de 1983.

Artículo 5. Las personas con limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carnet de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado. Para tal efecto las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carnet de afiliado, para lo cual solicitarán en el formulario de afiliación la información respectiva y la verificarán a través del diagnóstico médico en caso de que dicha limitación no sea evidente.

Dicho carnet especificará el carácter de persona con limitación y el grado de limitación moderada, severa o profunda de la persona. Servirá para identificarse como titular de los derechos establecidos en la presente Ley.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud realizará las modificaciones necesarias al formulario de afiliación y al carnet de los afiliados al Sistema

General de Seguridad Social en Salud con el objeto de incorporar las modificaciones aquí señaladas.

Lo dispuesto en este artículo se entiende sin perjuicio de las políticas que con relación a las personas con limitación establezca el “Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación” a que se refiere el artículo siguiente.

Artículo 6. Constitúyese el “Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación”, como asesor institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado. Dicho comité tendrá carácter permanente y estará coordinado por una Consejería Presidencial designada para tal efecto.

Será así mismo función del Comité, velar por el debido cumplimiento de las disposiciones y principios establecidos en esta ley, y deberá además promover las labores de coordinación interinstitucional conformando grupos de enlace sectorial con los Ministros de Salud, Educación, Trabajo y Seguridad Social, Transporte, Desarrollo Económico, Comunicaciones, Hacienda y las demás entidades y organismos que se estime conveniente vincular.

El Comité estará presidido por el Ministro de Salud y tendrá los siguientes miembros: cinco representantes de organizaciones de y para limitados dentro de los cuales habrá un representante de organizaciones de padres de familia limitados, tres representantes de organizaciones académicas y/o científicas que

tengan que ver con la materia y tres representantes de personas jurídicas cuya capacidad de actuación gire en torno a este objeto social. Los anteriores miembros serán designados por el Ministro de Salud. Además, harán parte del Comité un delegado de la Defensoría del Pueblo, el director del Fondo de Inversión Social -FIS-, el jefe de la unidad de Inversión Social del Departamento Nacional de Planeación, y un Secretario Técnico quien será designado por el Comité quien estará vinculado a la planta de personal del Ministerio de Salud.

Este Comité deberá iniciar su operación a más tardar dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional dentro del mismo término.

TÍTULO SEGUNDO - DE LA PREVENCIÓN, LA EDUCACIÓN Y LA REHABILITACIÓN

CAPITULO I - LA PREVENCIÓN

Artículo 7. El Gobierno junto con el Comité Consultivo velará porque se tomen las medidas preventivas necesarias para disminuir y en lo posible eliminar las distintas circunstancias causantes de limitación, evitando de este modo consecuencias físicas y psicosociales posteriores que pueden llevar hasta la propia minusvalía, tales como: el control pre y postnatal, el mejoramiento de las prácticas nutricionales, el mejoramiento de las acciones educativas en salud, el mejoramiento de los servicios sanitarios, la debida educación en materia de

higiene y de seguridad en el hogar, en el trabajo y en el medio ambiente, el control de accidentes, entre otras.

Para tal efecto las Entidades Promotoras de Salud incluirán en su plan obligatorio de Salud las acciones encaminadas a la detección temprana y la intervención oportuna de la limitación y las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán incluir en sus programas de Salud Ocupacional las directrices que sobre seguridad laboral dicte el Comité Consultivo; las autoridades Departamentales o Municipales correspondientes deberán adoptar las medidas de tránsito que les recomiende el Comité Consultivo.

Lo previsto en este artículo incluye las medidas de apoyo, diagnóstico de deficiencia, discapacidad y minusvalía y las acciones terapéuticas correspondientes realizadas por profesionales especializados en el campo médico, de la enfermería y terapéutico.

CAPITULO II - DE LA EDUCACIÓN

Artículo 10. El Estado Colombiano en sus Instituciones de Educación Pública garantizará el acceso a la educación y la capacitación en los niveles primario, secundario, profesional y técnico para las personas con limitación, quienes para ello dispondrán de una formación integral dentro del ambiente más apropiado a sus necesidades especiales.

Artículo 11. En concordancia con lo establecido en la Ley 115 de 1994, nadie podrá ser discriminado por razón de su limitación, para acceder al servicio de educación ya sea en una entidad pública o privada y para cualquier nivel de formación.

Para estos efectos y de acuerdo con lo previsto en el artículo siguiente, el Gobierno Nacional promoverá la integración de la población con limitación a las aulas regulares en establecimientos educativos que se organicen directamente o por convenio con entidades gubernamentales y no gubernamentales, para la cual se adoptarán las acciones pedagógicas necesarias para integrar académica y socialmente a los limitados, en el marco de un Proyecto Educativo Institucional.

Las entidades territoriales y el gobierno Nacional, a través del Sistema Nacional de Cofinanciación, apoyarán estas instituciones en el desarrollo de los programas establecidos en este capítulo y las dotará de los materiales educativos que respondan a las necesidades específicas según el tipo de limitación que presenten los alumnos.

Artículo 12. Para efectos de lo previsto en este capítulo, el Gobierno Nacional deberá establecer la metodología para el diseño y ejecución de programas educativos especiales de carácter individual según el tipo de limitación, que garanticen el ambiente menos restrictivo para la formación integral de las personas con limitación.

CAPITULO III - DE LA REHABILITACIÓN

Artículo 18. Toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social.

Para estos efectos el Gobierno Nacional a través de los Ministerios de Trabajo, Salud y Educación Nacional, establecerá los mecanismos necesarios para que los limitados cuenten con los programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que en general cuenten con los instrumentos que les permitan autorrealizarse, cambiar la calidad de sus vidas y a intervenir en un ambiente inmediato y en la sociedad.

Lo anterior sin perjuicio de las obligaciones en materia de rehabilitación establecidas en el Plan Obligatorio de Salud para las Empresas Promotoras de Salud y para las Administradoras de Riesgos Profesionales cuando se trate de limitaciones surgidas por enfermedad profesional o accidente de trabajo.

CAPITULO IV - DE LA INTEGRACIÓN LABORAL

Artículo 22. El gobierno dentro de la política nacional de empleo adoptará las medidas pertinentes dirigidas a la creación y fomento de las fuentes de trabajo

para las personas con limitación para lo cual utilizará todos los mecanismos adecuados a través de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Educación Nacional y otras entidades gubernamentales, organizaciones de personas con limitación que se dediquen a la educación, a la educación especial, a la capacitación, a la habilitación y rehabilitación.

Igualmente el Gobierno establecerá programas de empleo protegido para aquellos casos en que la disminución padecida no permita la inserción al sistema competitivo.

Artículo 23. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA realizará acciones de promoción de sus cursos entre la población con limitación y permitirá el acceso en igualdad de condiciones de dicha población, previa valoración de sus potencialidades a los diferentes programas de formación. Así mismo a través de los servicios de información para el empleo establecerá una línea de orientación laboral que permita relacionar las capacidades de beneficiario y su adecuación con la demanda laboral.

Artículo 29. Las personas con limitación que con base en certificación médica autorizada, no puedan gozar de un empleo competitivo y por lo tanto no puedan producir ingresos al menos equivalentes al salario mínimo legal vigente, tendrán derecho a ser beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social, establecido en la Ley 100 de 1993.

TÍTULO TERCERO - DEL BIENESTAR SOCIAL

Artículo 36. Los servicios de orientación familiar, tendrán como objetivo informar y capacitar a las familias, así como entrenarlas para atender la estimulación de aquellos de sus miembros que adolezcan de algún tipo de limitación, con miras a lograr la normalización de su entorno familiar como uno de los elementos preponderantes de su formación integral.

Artículo 37. El Gobierno a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y en cooperación con las organizaciones de personas con limitación, apropiará los recursos necesarios para crear una red nacional de residencias, hogares comunitarios y escuelas de trabajo cuyo objetivo será atender las necesidades de aquellas personas con limitaciones severas, carentes de familia, o que aun teniéndola, adolezcan de severos problemas de integración.

LEY FORAL 4/1988, DE 11 DE JULIO DE 1988, DE SUPRESIÓN DE BARRERAS FÍSICAS Y SENSORIALES

Artículo 12. Las normas generales a aplicar en el ámbito establecido por esta Ley Foral en el artículo 2 y concordantes son las siguientes:

5. Se compensará la limitación de visión que tienen los usuarios de silla de ruedas y la disminución o pérdida de alcance de la visión que padecen los ambliopes y los ciegos, posibilitando que determinados objetos o planos estén

situados dentro del campo visual de los usuarios de silla de ruedas y eliminando las dificultades que tienen los que padecen disminución o pérdida de visión para detectar o superar obstáculos, para determinar direcciones y para obtener informaciones visuales.

Tiendo en cuenta estas dificultades que encuentran los ambliopes y los ciegos, en los trayectos peatonales:

Se evitarán los obstáculos sobresalientes, como señalizaciones, marquesinas, toldos y similares, a bajas alturas y se situarán los objetos que puedan representar un obstáculo fuera del ámbito de desplazamiento de los invidentes.

Si no se puede prescindir de dichos obstáculos o situarlos fuera del ámbito de desplazamiento, se prolongarán hasta el suelo con toda su proyección en planta o se situarán completamente adosados al elemento guía.

Se advertirá de la presencia de dichos obstáculos o de los cambios de nivel, mediante franjas de pavimento indicador, y en su caso, de señales acústicas o táctiles.

Se protegerán todo tipo de agujeros sin dejar resaltes.

Se establecerán elementos continuos que determinen direcciones.

Se acentuarán tamaños y colorido de las informaciones gráficas o se complementarán con otro tipo de informaciones acústicas.

6. Se contribuirá a que los que han perdido capacidad auditiva puedan superar las dificultades de comunicación que tal limitación conlleva, empleando otras técnicas de comunicación complementarias o, en algunos casos, alternativas a las acústicas. Con las propósitos:

Se complementarán las informaciones de la televisión mediante subtítulos.

Se dispondrá de una clara y completa señalización e información escrita.

Se efectuarán determinadas pruebas de capacidades e idoneidad sin depender de la audición.

Se facilitarán traductores a lenguajes mímicos.

Se complementarán los sistemas de aviso y alarma, que utilizan fuente sonora, con impactos visuales que capten la atención de las personas con dificultades auditivas.

Se potenciará la investigación dirigida a eliminar este tipo de barreras.

LEY 13/1982, DE 7 DE ABRIL - DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS MINUSVÁLIDOS

Artículo 1. Los principios que inspiran la presente Ley se fundamentan en los derechos que el artículo 49 de la Constitución reconoce, en razón a la dignidad que les es propia, a los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social y a los disminuidos profundos para la asistencia y tutela necesarias.

Artículo 2. El Estado Español inspirará la legislación para la integración social de los disminuidos en la declaración de derechos del deficiente mental, aprobada por las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971, y en la declaración de derechos de los minusválidos, aprobada por la Resolución 3447 de dicha Organización, de 9 de diciembre de 1975, y amoldará a ellas su actuación.

Artículo 7. 1. A los efectos de la presente Ley se entenderá por minusválidos toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidos como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

4. Los servicios, prestaciones y demás beneficios previstos en esta Ley se otorgarán a los extranjeros que tengan reconocida la situación de residentes en

España de conformidad con lo previsto en los acuerdos suscritos con sus respectivos Estados y, en su defecto, en función del principio de reciprocidad.

5. El Gobierno extenderá la aplicación de las prestaciones económicas previstas en esta Ley a los españoles residentes en el extranjero, siempre que carezcan de protección equiparable en el país de residencia, en la forma y con los requisitos que reglamentariamente se determinen.

Artículo 14. 1. Todo minusválido mayor de edad cuyo grado de minusvalía exceda del que reglamentariamente se determine, ya que por razón del mismo se vea imposibilitado de obtener un empleo adecuado, tendrá derecho a percibir un subsidio de garantía de ingresos mínimos, cuya cuantía se fijará en las disposiciones de desarrollo de la presente Ley, siempre que, careciendo de medios económicos, no perciba prestación pecuniaria del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales o de la Seguridad Social. Cuando perciba una prestación económica, el subsidio se reducirá en cuantía igual al importe de aquella.

2. Este subsidio será comparable con los recursos personales del beneficiario si en cómputo mensual no exceden de una cuantía que se fijará anualmente por Decreto y que en todo caso tendrá en cuenta las personas que el minusválido tenga a su cargo.

3. La cuantía de este subsidio será determinada por Decreto, con carácter

uniforme, y no será inferior al cincuenta por ciento del salario mínimo interprofesional.

Artículo 18. 1. Se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado.

2. Los procesos de rehabilitación podrán comprender:

- a) Rehabilitación médico-funcional
- b) Tratamiento y orientación psicológica
- c) Educación general y especial
- d) Recuperación profesional

Del tratamiento y orientación psicológica

Artículo 22. 1. El tratamiento y la orientación psicológica estarán presentes durante las distintas fases del proceso rehabilitador, e irán encaminadas a lograr del minusválido la superación de su situación y el más pleno desarrollo de su personalidad.

2. El tratamiento y orientación psicológicas tendrán en cuenta las características personales del minusválido, sus motivaciones e intereses, así como los factores familiares y sociales que puedan condicionarse, y estarán dirigidos a potenciar

al máximo el uso de sus capacidades residuales.

3. El tratamiento y apoyo psicológicos serán simultáneos a los tratamientos funcionales y, en todo caso, se facilitarán desde la comprobación de la minusvalía, o desde la fecha en que se inicie un proceso patológico que pueda desembocar en minusvalía.

De la educación

Artículo 23. 1. El minusválido se integrará en el sistema ordinario de la educación general, recibiendo, en su caso, los programas de apoyo y recursos que la presente Ley reconoce.

Artículo 32. 1. Los minusválidos en edad laboral tendrán derecho a beneficiarse de las prestaciones de recuperación profesional de la Seguridad Social en las condiciones que establezcan en las disposiciones de desarrollo de la presente Ley.

Artículo 41. 1. Los minusválidos que por razón de la naturaleza o de las consecuencias de sus minusvalías no puedan, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales, deberán ser empleados en Centros Especiales de Empleo, cuando su capacidad de trabajo sea igual o superior a un porcentaje de la capacidad habitual que se fijará por la correspondiente norma reguladora de la relación laboral de carácter especial de

los trabajadores minusválidos que presten sus servicios en Centros Especiales de Empleo.

Artículo 55. 1. Las instalaciones, edificios, calles, parques y jardines existentes y cuya vida útil sea aun considerable, serán adaptados gradualmente, de acuerdo con el orden de prioridades que reglamentariamente se determine, a las reglas y condiciones previstas en las normas urbanísticas y arquitectónicas básicas a que se refiere el artículo anterior.

NUESTROS DERECHOS EN FIRME

Desde el punto de vista legislativo, los cambios ideológicos frente a la salud se han reflejado en la tendencia a definir la salud como un bien y como un derecho de todo miembro de la Comunidad, la Salud concebida como un asunto de caridad y asistencia pública sin mención expresa en el ordenamiento constitucional de 1886, ha pasado a ser un Derecho de todo ciudadano definido como un servidor público al cual protegen disposiciones especiales en nuestra carta política. En nuestras columnas hemos registrado con vida complacencia y aplaudido sin reservas la vasta labor llevada a cabo por la Federación Nacional de Ciegos en beneficio de los mismos. Este reconocimiento lo hicimos y lo hacemos como un acto de justicia imperativa. Las campañas emprendidas por la Federación Nacional de Ciegos encontraron en nosotros sus más decididos defensores y sostenedores, y los encontrarán siempre, porque allí donde se trata de sacar adelante un ideal, de poner remedio a una situación anómala, de

defender un derecho conculcado estaremos en primera fila.

La Federación Nacional de Ciegos es víctima de explotación en el suministro de drogas y auxilios médicos, los cuales se prestan indiscriminadamente, ya que muchos de los que gozan de tales beneficios no los necesitan o no hacen de ellos el uso correcto, esta debe robustecer su autoridad y reorientar las actividades de los ciegos. (7)

Lo que se hace en Gran Bretaña por los ciegos. Los ciegos, desde 1920, se habían beneficiado de lo dispuesto en la Ley de Ciegos que entró en vigencia en ese año y dejó de aplicarse una Ley anterior llamada Ley de Socorro a los menesterosos de 1601. Ahora, la Ley de Auxilio Nacional deroga esa Ley y en ella se dictan disposiciones generales y se aseguran mejores condiciones de vida tanto para los ciegos como para los otros desvalidos, y de hoy en adelante los ciegos ante la ley formarán solamente una categoría en una larga lista. Los ciegos de este país no han tomado a mal este cambio en su estado social y su actitud puede fácilmente comprenderse.

En ningún otro país se había siquiera intentado establecer un sistema completo de auxilio social a los ciegos. En la Gran Bretaña, y gracias a la mencionada Ley de Ciegos fueron las autoridades locales las que quedaron encargadas de preparar proyectos de la amplitud necesaria para someterlos a la aprobación del Ministerio de Etica y Pedagogía. La Ley garantiza la profesionalización y dignificación de la actividad docente... La erradicación del analfabetismo y la

educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales son obligaciones especiales del Estado. (15)

Por primera vez se hizo un cómputo del número de niños que no podrían servirse de los libros de texto corriente por causa de ceguera total o parcial y también de personas adultas de tan poca vista que no podían dedicarse a ocupaciones normales. Se remedió este estado de cosas y se intensificó la enseñanza por medio del Braille y del Moon, organizándose de modo adecuado las visitas a domicilio para acudir en socorro de los ciegos que no podían ganarse la vida y se enseñó oficios domésticos a los que desearon. Las autoridades locales estaban autorizadas a delegar, en todo o en parte, sus funciones a organizaciones voluntarias y en muchos distritos se implantó con gran rapidez un sistema mixto, por medio del cual se hermanaban la voluntad del público en general y la organización del Estado de modo tal que lo logrado así en Gran Bretaña fue modelo digno de imitación por otros países. (7)

Ceguera legal: la definición legal no es lo que la mayoría de las personas entienden por ceguera. Algunas personas “legalmente ciegas” son en realidad totalmente ciegas pero muchas otras tienen una considerable visión útil. En USA, una persona es legalmente ciega si su agudeza visual es del 20% o menos. Una persona legalmente ciega es quien, usando lentes, puede ver a seis metros menos de lo que ve quien tiene visión normal de la misma distancia.

Cuando hay una pérdida visual periférica se le llama “visión túnel”, se ve como

si fuera a través de un túnel.

Una persona con 20/120 de visión puede ser clasificada como 20/200 y diagnosticada "ciego legal".

El derecho a no ser ciego. Ninguno de los expertos sugiere ignorar completamente la agudeza visual el uso rígido, inflexible de la agudeza visual como único criterio de visión y no figura abstracta, es lo que perturba a quienes tratar a los pacientes. La principal objeción a las cifras de la agudeza es que tienden a ser limitativas, especialmente para los niños. Con frecuencia se urge, y a veces se espera, que el niño ciego legal aprenda Braille aun si tiene suficiente visión. (5)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General. Determinar la relación del odontólogo con el niño invidente a través de una revisión bibliográfica.

1.5.2 Específicos

Conocer el aspecto psicológico del niño.

Establecer parámetros del comportamiento y el medio ambiente en que ellos se desenvuelven.

Identificar el entorno familiar del niño invidente.

Describir los requerimientos educacionales del niño invidente.

Determinar las pautas a seguir para la adopción y educación en salud oral en la consulta odontológica.

Dar a conocer la reglamentación existente acerca de los discapacitados.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

2.2 POBLACIÓN

Artículos científicos

2.3 DEFINICION DE VARIABLES

Familia: influencia de padre, madre y hermanos respecto al comportamiento del niño.

Entorno: cómo el medio influye en desarrollo psicológico y motor.

Comunicación: intercambio de ideas entre el odontólogo, familia y niño.

Lenguaje: empleo de la palabra, otras señales para expresar las ideas.

Legislación: conjunto de las leyes de un Estado.

Educación: acción de desarrollar las facultades físicas, intelectuales y morales.

2.4 INSTRUMENTOS

Se hizo una recopilación de artículos y se sacaron las ideas principales de acuerdo a los puntos tratados en el marco teórico como son definición, causas, comportamiento, medio ambiente, entorno familiar, educación, legislación.

Luego se hizo una vivencia personal en el Instituto para Niños Ciegos Juan a. Pardo, como mecanismo de observación de comportamiento y actitudes.

2.5 RESULTADOS

Ralph Mc Donalds, 1990 y A. Cameron R. Widmer, 1998, coinciden en lo referente a la relación del odontólogo con el niño invidente.

Claus A. Egger, 1975 y Marta Yolanda Guzmán Reyes, 1992, coinciden en los aspectos psicológicos.

María del Carmen Gil Ciria, 1993 y Ralph E. Mc Donald. 1990 tienen la misma percepción acerca del comportamiento y el medio ambiente referente al niño invidente.

Raplp Mc Donald, 1990 y A. Cameron R. Widmer, 1998, dan conceptos similares sobre adaptación y educación en Salud Oral.

Existen leyes que cobijan los discapacitados físicos a nivel mundial con la reglamentación de la Organización de las Naciones Unidas y en cada país como en Colombia, España y Gran Bretaña.

3 CONCLUSIONES

No existe diferencia en el tratamiento odontológico de un niño invidente y vidente.

Actualmente se observa el aumento de deficiencias visuales debido al proceso tecnológico como son las computadoras, los traumas, elevando así el número de población afectada y disminuyendo las posibilidades de integración social.

"Ayudar no es suplir, es facilitar".

Es muy importante el fortalecimiento de los vínculos humanos en el hogar, en la escuela, así como la creación de un entorno familiar y escolar estimulantes para el niño de manera que le permita descubrirse así mismo y al mundo exterior. La Legislación Colombiana tiene el deber y la responsabilidad de educar aquellas personas con limitaciones físicas o mentales según la Constitución Política de 1991 y la Ley 361 del 7 de febrero de Clopatofsky.

4 RECOMENDACIONES

Todo odontólogo debe estar en disposición de adquirir los conocimientos sobre el perfil general de un niño ciego y tomar conciencia para adoptar y entender odontológicamente un niño invidente, es su responsabilidad y obligación.

Queda abierta la posibilidad que se continúe este trabajo llevándolo a la práctica y por medio de la divulgación presentarla a todo el personal de salud tanto como profesionales como estudiantes universitarios.

Se recomienda promover esta información adquirida por medio de conferencias dirigidas al gremio odontológico.

BIBLIOGRAFIA

1. CLAUS A. EGGER. 1975, Tesis: La rehabilitación de los ciegos en la empresa colombiana. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad Ciencias Económicas y Administrativas, Departamento de Administración de Empresas.
2. RALPH E. Mc DONALDS, 1990, Odontología pediátrica y del adolescente. Editorial Panamericana. Capítulo 23, numeral 3.
3. E. J. ERWIN CHRISTOFFEL BLIN DENMISSION, 1974, Orientación para la integración de niños discapacitados visuales en escuelas comunes. Córdoba-Argentina, número 81.
4. ANNE BIGELOW CHRISTOFFEL BLINDEMISSION, 1974, El lenguaje en los niños ciegos 1981.
5. CHRISTOFFEL BLINDEMISSION, 1988, qué hacer con la visión limitada.
6. INTERNATIONAL COUNCIL FOR EDUCATION OF THE VISUALLY HANDICAPPED, 1988, Región Latinoamericana, Córdoba-Argentina, número 59.
7. MARTHA YOLANDA GUZMAN REYES, 1992, Influencia de la familia en la integración social del limitado visual, monografía de grado presentada como requisito parcial para optar al título de Trabajadora Social, Universidad Nacional, Facultad de Ciencias Humanas, Santa Fe de Bogotá.
8. HACIA LA LUZ, Revista mensual social y cultural al servicio de la causa de los ciegos, número 27 marzo 1948, número 38 febrero 1949, Santa Fe de Bogotá.
9. MERCE LEONHARDT, 1992, El bebé ciego, primera atención, un enfoque psicopedagógico, primera edición, ONCE, España.
10. MARIA DEL CARMEN GIL CIRIA, 1993, La construcción del espacio en el niño a través de la información táctil, Editorial Trota, ONCE, España (Organización Nacional de Ciegos de España).
11. NATALIE BARRAGA, 1985, Disminuidos visuales y aprendizaje, ONCE.
12. CURRY – P.H. HATLEN, 1989, Necesidades educativas de los

estudiantes discapacitados visuales S.A., No. 65, Córdoba-Argentina.

13. JOAQUIN CORREA, 1997, Razón de ser de la enseñanza de habilidades sociales a estudiantes ciegos y deficientes visuales, Universidad Pedagógica Nacional.
14. ROSA BARRERO RILOBA, LOUERDES ZAPIRAIN ADURIZ, Febrero 1996, Guía para el aseo, vestido y alimentación en niños/as con baja visión.
15. NUEVA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, 1991.
16. LEY FORAL 4, 11 de julio de 1988, De supresión de barreras físicas y sensoriales.
17. LEY FORAL 10, 16 de julio de 1998, De contratos de las administraciones públicas de Navarra.
18. LEY 13, 7 de abril de 1982, De integración social de los minusválidos.
19. DEMETRIO CASADO, 1996, De integración social de los minusválidos.
20. COMPILACION DE ARTÍCULOS DE LOS CODIGOS CIVIL, PENAL, DE PROCEDIMIENTO PENAL SANITARIO, LABORAL EN COLOMBIA, RELATIVO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON LIMITACIONES. Ministerio de Salud, Dirección de atención médica, División Salud Mental, Sección programas asistenciales, Bogotá, Colombia, 1981.
21. JAIRO CLOPATOFISKY GHISAYS, Ley No. 361, 7 de febrero de 1997, Discapacidad, Ley para una oportunidad.
22. HUGO ROSSETTI, Agosto 1995, Odontología para la Salud, Argentina.
23. A. CAMERON R. WIDMER, 1998, Manual de odontología pediátrica, Madrid España.