

**PROGRAMA EDUCATIVO Y PREVENTIVO EN SALUD ORAL PARA
NIÑOS INVIDENTES DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS FUNDACIÓN
JUAN ANTONIO PARDO OSPINA**

**CLAUDIA MARCELA FORERO FONSECA
DIANA MARITZA LEÓN LÓPEZ
YADY MELINA MARTÍNEZ BRIÑEZ
CLAUDIA MARCELA MOSQUERA MUÑOZ
JENCY PAOLA RIVEROS MAHECHA**

Trabajo para optar el título de Odontólogo

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Bogotá D. C.
I 2009**

**PROGRAMA EDUCATIVO Y PREVENTIVO EN SALUD ORAL PARA
NIÑOS INVIDENTES DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS FUNDACIÓN
JUAN ANTONIO PARDO OSPINA**

**CLAUDIA MARCELA FORERO FONSECA
DIANA MARITZA LEÓN LÓPEZ
YADY MELINA MARTÍNEZ BRIÑEZ
CLAUDIA MARCELA MOSQUERA MUÑOZ
JENCY PAOLA RIVEROS MAHECHA**

**ASESOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO
DRA. MARTHA LUCIA CAYCEDO
Od. Esp. Epidemiología**

**ASESOR ESTADÍSTICO
DRA. CLARA LÓPEZ DE MESA
Estadista**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Bogotá D. C.
I 2009**

DEDICATORIA

Sentir gratitud y no expresarla es como envolver un regalo y no darlo.

Este trabajo y nuestra carrera profesional se la dedicamos especialmente a:

Dios: por ser quien ha estado a nuestro lado en todo momento dándonos las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se nos presenten; por ser nuestra luz, nuestro amigo fiel e incondicional. Te ofrecemos todos nuestros triunfos y fracasos.

A nuestros padres: por su ejemplo y dedicación, ya que gracias a ellos estamos finalizando una parte de nuestro proyecto de vida, ya que nos han brindado amor y calor humano, los que han velado por nuestra salud, estudios, educación, alimentación, entre muchos otros esfuerzos, han hecho todo para formarnos como seres integrales. Para todos ustedes; queremos que se sientan orgullosos al tenernos como hijos.

Le dedicamos este proyecto a nuestra asesora, la Doctora Martha Caycedo gracias por inspirarnos, confiar en nosotras y comprendernos, por enseñarnos y compartir los conocimientos necesarios para poder desarrollarnos y llegar a ser buenas profesionales. Su colaboración hizo parte fundamental del éxito de este proyecto. Gracias por su paciencia y apoyo incondicional.

Al Instituto para niños ciegos Fundación Juan Antonio Pardo Ospina por abrirnos las puertas y colaborarnos de la mejor manera. A los niños del instituto quienes dejaron una huella y experiencia de vida en nuestro corazón.

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar con nosotros en cada paso que dimos, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecer hoy y siempre a nuestras familias porque a pesar de no estar presentes físicamente, está claro que si no fuese por el esfuerzo realizado por ellos, nuestros estudios de pregrado no hubiesen sido posibles.

A nuestra querida Directora de tesis: Dra. Martha Lucia Caicedo Espinel por su asesoramiento científico, metodológico y estímulo para seguir creciendo intelectualmente.

A la Estadista Dra. Cara López de Mesa por sus orientaciones en el análisis estadístico de los datos.

A todas las directivas de la Universidad colegios de Colombia, por su apoyo y colaboración para la realización de esta investigación.

Al instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina por habernos brindado su colaboración permitiéndonos desarrollar nuestro trabajo de tesis.

A Colgate por habernos donado 70 kits de higiene oral para desarrollar nuestro trabajo de tesis.

A los niños que integran el instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina que hicieron parte integral en el desarrollo de este estudio y nos dejaron experiencias de vida inolvidables fortaleciendo nuestro desarrollo personal.

A las directivas y docentes del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina, por su apoyo y colaboración para la realización de esta investigación.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
1. ASPECTOS TEÓRICOS – CIENTÍFICOS.....	15
1.1 Planteamiento del problema.....	15
1.2 Justificación.....	16
1.3 Impacto.....	18
1.4 Marco Teórico.....	18
1.5 Marco Histórico.....	34
1.6 Marco Legal.....	35
1.7 Objetivos.....	36
1.7.1 Objetivo General.....	36
1.7.2 Objetivos específicos.....	36
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	37
2.1 Tipo de estudio.....	37
2.2 Población de estudio.....	37
2.3 Unidad de observación.....	37
2.4 Criterios de selección.....	37
2.4.1 Criterios de inclusión.....	37
2.4.2 Criterios de exclusión.....	38
2.5 Marco muestral.....	38
2.6 Variables de estudio.....	38
2.6.1 Variables Independientes.....	38
2.6.2 Variables Dependientes.....	39

2.7 Consideraciones éticas.....	39
2.8 Instrumento de recolección de datos.....	40
2.9 Procedimiento.....	40
2.10 Análisis estadístico.....	48
3. RESULTADOS.....	48
4. DISCUSIÓN.....	52
5. CONCLUSIONES.....	54
6. RECOMENDACIONES.....	55
7. BIBLIOGRAFÍA.....	56

ANEXOS

ANEXO # 1

Actividades del Programa Educativo y Preventivo en Salud Oral para niños invidentes del Instituto para niños ciegos Fundación Juan Antonio Pardo Ospina.

ANEXO #2

Consentimiento informado para padres y tutores legales para el ingreso al Programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio pardo Ospina.

ANEXO #3

Consentimiento informado para padres y tutores legales para autorizar toma y publicación de fotografías de los participantes en el Programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina.

ANEXO #4

Encuestas para los padres participantes en el programa.

ANEXO #5

Encuestas para niños participantes en el programa.

ANEXO #6

Historia Clínica e Instrumento COP- ceo – O’Leary Programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes del instituto para niños ciegos
Fundación Juan Antonio pardo Ospina.

ANEXO #7

Folleto educativo para padres pertenecientes al programa

ANEXO #8

Cuento Infantil “Juanita Cuida sus Dientes”

ANEXO #9

Actividad didáctica “¿Te cuento un cuento?”

ANEXO#10

Cuento en Braille

GLOSARIO

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:

Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

INVIDENCIA:

Es la pérdida total o parcial del sentido de la vista. Existen varios tipos de ceguera parcial dependiendo del grado y tipo de pérdida de visión, como la visión reducida, el escotoma, la ceguera parcial (de un ojo) o el daltonismo.

HIGIENE ORAL:

Es un hábito importante para la salud de los dientes, de la boca y del organismo en general.

CARIES DENTAL:

Es una desmineralización de la superficie del diente causada por bacterias que se adhieren a la superficie dental (placa bacteriana).

PROGRAMA DE SALUD:

Es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos dirigidos a la protección específica de la población para evitar que los daños en la salud o las enfermedades aparezcan, se prolonguen y ocasionen daños mayores.

INTRODUCCIÓN

La visión es el sentido de relación social y de la comunicación, su ausencia o disminución trae consecuencias para el aprendizaje, cuando la ceguera es total, el oído y el tacto pasan a ser los principales canales de recepción de la información.

La carencia de visión provoca problemas como la limitación de oportunidades de interacción o experimentación del entorno afectando el desarrollo evolutivo de los niños que la padecen, provocando retrasos y dificultades sobre algunos aspectos de las áreas cognoscitiva- perceptiva, motriz y expresivo afectiva, por lo tanto, es necesario proporcionar a los niños invidentes el máximo de oportunidades, de acción e interacción que les proporcione una experiencia adecuada con su medio físico y social.

La educación especial, dirigida hacia el logro del desarrollo óptimo del individuo con necesidades educativas especiales, permite desarrollar en los niños invidentes habilidades y destrezas que le permitan alcanzar su autorrealización e independencia personal, incorporándose a la cotidianidad.

El odontólogo debe fomentar las medidas que beneficien la salud general y bucal de la comunidad y participar en la motivación, educación sanitaria, promoviendo los procedimientos generales aceptados para mejorar la salud buco dentaria tanto del individuo, como de la comunidad.

Sabiendo la importancia del refuerzo de los conocimientos de la higiene oral se diseñó un programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes,

padres y educadores del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo

Ospina

1. ASPECTOS TEÓRICOS – CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS reporta cifras de 200 niños ciegos por cada millón de habitantes. En América Latina se desconocen estas cifras y en Colombia no hay un registro de la magnitud ni de las causas de ceguera infantil en el país. La OMS define niño ciego como aquel infante menor de 16 años con una visión menor 20/400 en su mejor ojo, y el cual debido a su condición especial necesita una educación adecuada acorde con sus limitaciones físicas. (Zuluaga C, Sierra M, Asprilla E, 2005).

La metodología especial para la educación del invidente se inicia a nivel mundial en el siglo XVIII en Francia (Chevigny, 1950) y fue mejorando con diferentes aportes entre los que se encuentra el de Lovis Braille (1809-1852) con un sistema táctil de lectura, el cual es una modificación del sistema Barbier (Chapman, 1970).

En Colombia se inicia en 1899 cuando se funda por decreto el Instituto para Ciegos en Bogotá, el cual no llegó a funcionar. En 1903 renace con el nombre de Instituto Nacional para ciegos (I.N.C.I.). Actualmente existen diferentes institutos para invidentes, y algunos especializados para niños, entre los cuales se encuentra el Instituto para niños ciegos Fundación Juan Antonio Pardo Ospina donde se capacitan niños con limitación visual y retardo mental asociado. (Quijano.C, Otálvaro.M, Muñoz.N, 2003)

En el Instituto para niños ciegos Fundación Juan Antonio Pardo en el año 1998, se llevo acabo un programa de motivación y ayudas didácticas a niños invidentes, por medio de un programa de higiene oral buscando hacer un control eficiente de placa bacteriana y aumentando los conocimientos sobre salud oral. Sabiendo la importancia del refuerzo de los conocimientos de la higiene oral y del conocimiento de la conducta ante los problemas de salud oral de los escolares, padres y educadores, utilizando una metodología acorde con las características de esta población es importante conocer si ¿ Un programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes, padres y educadores del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina, mejorara las condiciones de la salud oral ?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La carencia de visión o visión deficiente provoca problemas como la limitación de oportunidades de interacción o experimentación del entorno. Estos pueden afectar el desarrollo evolutivo de los niños que lo padecen provocando retrasos y dificultades sobre algunos aspectos de las áreas cognoscitiva- perceptiva, motriz y expresivo afectiva. Por lo tanto es necesario proporcionar a los niños invidentes el máximo de oportunidades, de acción e interacción que les proporcione una experiencia adecuada con su medio físico y social. (Garcia-Trevijano C. 2001)

La educación especial, dirigida hacia el logro del desarrollo óptimo del individuo con necesidades educativas especiales, permite desarrollar en los niños invidentes habilidades y destrezas que le permitan alcanzar su autorrealización e

independencia personal, incorporándose a la cotidianidad. (Garcia-Trevijano C. 2001)

La educación en las adecuadas prácticas de higiene oral y la importancia del cuidado de los dientes, es uno de los componentes que permitirán a los niños identificar la boca como la gestora de procesos como la alimentación, la socialización, la comunicación, el desarrollo del lenguaje, la expresión de los afectos humanos, también del desarrollo de funciones vitales como el habla, la masticación, la nutrición y algunos procesos inmunológicos. La boca, sus componentes y funciones, son más que dientes sanos y representan un espejo de la salud y condición indispensable del bienestar general. Los programas de salud oral son fundamentales para las poblaciones de discapacitados, siendo necesario conocer, las características de las alteraciones bucodentales de cada grupo de pacientes discapacitados, y los factores de riesgo que más pueden alterar su estado oral. (Garcia-Trevijano C. 2001)

La educación en las adecuadas prácticas de higiene oral y la importancia del cuidado de los dientes, es uno de los componentes que permitirán a los niños identificar la boca como la gestora de procesos como la alimentación, la socialización, la comunicación, el desarrollo del lenguaje, la expresión de los afectos humanos, también del desarrollo de funciones vitales como el habla, la masticación, la nutrición y algunos procesos inmunológicos. La boca, sus componentes y funciones, son más que dientes sanos y representan un espejo de la salud y condición indispensable del bienestar general. Los programas de salud oral son fundamentales para las poblaciones de discapacitados, siendo necesario conocer, las características de las alteraciones bucodentales de cada grupo de

pacientes discapacitados, y los factores de riesgo que más pueden alterar su estado oral.

1.3 IMPACTO

Desarrollar en los niños invidentes habilidades y destrezas que le permitan aumentar las capacidades de auto-cuidado, autoestima e independencia personal, incorporándose a la cotidianidad

1.4 MARCO TEÓRICO

En el Instituto para niños ciegos Fundación Juan Antonio Pardo en el año 1998, se llevo a cabo un programa de motivación y ayudas didácticas a niños invidentes, por medio de un programa de higiene oral buscando hacer un control eficiente de placa bacteriana y aumentando los conocimientos sobre salud oral.

La educación del niño ciego tiene como objetivo conseguir su maduración y desarrollo de acuerdo con sus posibilidades por lo tanto se debe tener en cuenta:

- En el desarrollo psicomotor, un establecimiento de un esquema corporal o imagen del propio cuerpo, fomentarla exploración de las distintas partes del mismo.
- En el desarrollo perceptivo-cognitivo: desarrollar el tacto y el oído, desarrollar la percepción del sonido y el descubrimiento de donde procede.

- En el desarrollo del lenguaje y la comunicación: fomentar los comportamientos pre verbales del bebé (llanto, sonrisa...), fomentar el desarrollo del lenguaje a través de la exploración del entorno.
- En el desarrollo de la autonomía personal en actividades de la vida diaria: Hábitos de higiene y aseo personal.

Resaltando la importancia de Diseñar e implementar estrategias educativas de prevención referidas a todos los factores condicionantes de la discapacidad y que promuevan estilos de vida saludables para las personas con discapacidad, a todos los niveles.

La Promoción de la salud, definida como, aquellos procesos que capacitan a las personas para mejorar el control sobre diversos aspectos de la vida, incluyendo educación y salud. Implica, más que ofrecer información, se debe hacer énfasis en los cambios positivos en la conducta y en el amplio aspecto de actividades que podemos llevar a cabo para ayudar a las personas a adoptar hábitos saludables e incorporarlos en forma permanente. (Secretaria Distrital de Salud, 2004) (Nutbeam D. 1998) (C. E. S.)

Un programa de salud oral es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos dirigidos a la protección específica de la población para evitar que los daños en la salud o las enfermedades aparezcan, se prolonguen y ocasionen daños mayores. Colgate 2001.

La concepción de Educación para la Salud plantea una educación que deje de ser un entrenamiento contra la enfermedad y se convierta en formación para la vida a partir de tres principios básicos: La educación para la salud como construcción colectiva del conocimiento; la educación para la salud volcada hacia

la construcción de proyectos de vida y la educación para la salud no separada del acto médico. (O.P.S.1993)

Los antecedentes en Colombia de estudios sobre la problemática de salud oral y estrategias de educación para la salud oral en personas discapacitadas visualmente son pocos, y son de más de 8 años, entre los que se encontraron:

- Estudio epidemiológico de la caries dental y situación de la higiene oral en los ciegos del i.n.c.i., elaboración de una cartilla educativa sobre salud oral, exclusiva para invidentes realizados por QUIJANO.C, OTÁLVARO.M, MUÑOZ.N, Odontólogas Instituto de Ciencias de la Salud C.E.S. Facultad de Odontología, Medellín 1993. Donde se examinaron 35 invidentes del I.N.C.I., 20 hombres, 15 mujeres entre 12 y 41 años, 69 por ciento tenían ceguera adquirida; el 31 por ciento congénita. Se elaboraron dos cartillas, una para invidentes (ceguera total) y la otra para subvidentes (ceguera parcial), elaboradas en tinta, método Braille y con dibujos en relieve, para lograr mayor estimulación táctil; con el fin de comparar el estado de higiene bucal antes y después de éstas, se realizaron dos exámenes con un intervalo de 30 días entre ambos. Para el primer examen se utilizó el índice de higiene oral de Green y Vermillón y el índice C.O.P. de Klein y Palmer y para el segundo examen el índice de higiene oral, Se encontró que el índice de higiene oral en el primer examen fue de 1.67 y en el segundo fue de 1.02, no siendo muy significativa la diferencia entre ambos.
- Programa de higiene oral para niños ciegos, realizado por PRIETO Y COL, en 1998, con el fin de diseñar y aplicar medidas de motivación y ayudas

didácticas a niños invidentes, por medio de un programa de higiene oral para el control de la placa bacteriana y aumentando los conocimientos sobre salud oral. Se tomaron 50 estudiantes de 6 - 11 años de la Fundación Juan Antonio Pardo Ospina. Las ayudas didácticas utilizadas comprendieron: canciones, macro modelos, charlas personalizada y cartilla Braille. Previamente y después de aplicar las ayudas didácticas se realizaron controles de placa bacteriana para medir el incremento en los conocimientos. Se realizó una encuesta inicial y final sobre conceptos relacionados con la salud oral. Los resultados encontrados mostraron que el programa fue altamente eficaz para la reducción de placa bacteriana de 62,5 por ciento a 23,3 por ciento pero que los conceptos sobre salud oral no quedaron totalmente claros.

- Construcción de un modelo educativo apoyado en las técnicas: táctil y audio-táctil a partir de la percepción en niños invidentes de 7 a 12 años, Realizado por ALEJO, ERIKA; y col, en 1999, Donde hicieron una introducción en el campo de la promoción y prevención odontológica en niños invidentes. Se diseñó un modelo educativo basado en técnicas táctiles y audio-táctiles que parten de la forma como los niños se perciben a sí mismos y al medio que los rodea. Participaron 24 niños pertenecientes a centros educativos especiales, cuya edad estuviera entre 7 y 12 años. Ambos sexos se desarrollan en dos fases, cada una de las cuales comprende diferentes talleres. No se encontraron diferencias significativas entre los resultados obtenidos con los dos modelos. Ambos modelos

permitieron un cambio de actitud y conductas y lograron concienciar a los niños acerca del sentido que tiene la boca en el contexto de su cuerpo.

A nivel internacional ARISTIMUNO ROMERO, Corina. Realizó el estudio "Educación para la Salud en personas con necesidades especiales en el Área Visual. Caso Instituto de Educación Especial "Mevorah Florentin". Caracas. Venezuela "en 1995-1996. En donde se dan lineamientos para la educación en salud para personas con deficiencias del área visual entre las cuales se encuentran:

1. Analizar la individualidad del alumno: Cada actividad se desarrollará de acuerdo a las potencialidades individuales del escolar debido a que existen niños ó jóvenes ciegos y deficientes visuales, pero que a la par de esta condición presentan otros problemas incapacitantes (retardo mental, problemas de motricidad , etc.) Que requiera mayor atención. (García E, 2003)
2. Resaltar la importancia del componente bucal como parte fundamental de la salud integral: para ello se revisará la importancia que tiene cada órgano del cuerpo, cada sistema y sus funciones y la necesidad de mantenerlos, resaltando todas las medidas , cuidados y actividades diarias que deben desempeñarse, tomando en cuenta sus limitaciones para mantener niveles óptimos de salud. (García E, 2003)
3. En cuanto a las estrategias metodológicas: es esencial que todas las actividades educativas sean cien por ciento vivenciales, de esta manera pueden

ser mejor aprovechadas por el escolar. Deben ser planificadas de acuerdo a las características de la población. (García E, 2003)

4. Uso de lenguaje sencillo y acorde con la condición de la población. Debe cuidarse el empleo de expresiones cien por ciento visuales, en este sentido es conveniente tratar de ubicarlos en el espacio: adelante, atrás, posterior, arriba, abajo, derecha, izquierda etc. para evitar perderlos en las actividades que se realicen. (García E, 2003)

5. Cada información debe ser demostradas a través de medios auxiliares , que en este caso pueden ser macro modelos (Ejemplo: para señalar los diferentes grupos de dientes : incisivos , premolares y sus funciones , diferencias entre dientes sanos y dientes cariados etc.), confeccionados con yeso u otro material moldeable y liviano de manera que el escolar pueda palparlo e identificar las condiciones más relevantes o a través de rota folios con figuras de relieve moldeando la forma del diente o lo que se quiera trabajar con cordones finos y materiales de diferentes texturas de acuerdo a lo que se desee simular. (García E, 2003)

6. Para explicar las técnicas de cepillado deberán realizarse prácticas vivenciales con manipulación pasiva o activa. En la manipulación pasiva el operador pone las manos del niño sobre las de él, mientras hace los movimientos o en caso contrario se realiza una manipulación activa donde se toma la mano del niño o joven y él mismo con nuestra ayuda realiza los movimientos. (García E, 2003)

7. Para detectar la placa dental se usará en el caso de los videntes colorantes vegetales, tomando en cuenta los siguientes aspectos de acuerdo a las necesidades visuales de la población: (García E, 2003)

*Población con deficiencias visuales: se hará en un lugar con mucha luz (patio de recreación) ayudándonos con espejos grandes y utilizando los colorante vegetales más fuertes: verde, rojo, azul para una mayor fijación.

*Población Ciega: Igualmente se usaran los colorantes para reconocer a través del tacto las diferentes texturas que aparecerán, para ello el operador se ayudará con macro modelos o láminas con relieve donde se dibujen dientes, preferiblemente un incisivo, con diferentes niveles de placa (todo el diente, hasta la mitad y un tercio) el escolar palpará la lámina con su caso en particular y el operador le hará las correcciones correspondientes.

8. Se recomienda crear en las aulas un rincón para la Salud Bucal, donde entre otras cosas se guarden los equipos Higiene Bucal (Cepillo, Crema Dental, Enjuagues) para reforzar después de cada comida, el hábito de cepillado. (García E, 2003)

La adaptación y capacitación de los estudiantes con limitación visual, significa que ellos participen en las actividades cotidianas, reconociendo que poseen canales perceptivos igualmente válidos en el procesamiento de información como son el auditivo y el táctil, además de plantear entornos accesibles para el aprendizaje del ser humano. (García-Trevijano C. 2001)

EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

La Educación en salud oral puede definirse como la combinación planeada de experiencias de aprendizaje diseñadas para predisponer, establecer y reforzar el comportamiento voluntario que conduzca a la salud en individuos, grupos y comunidades. (Guía de Caries Dental 2007)

Aprender es un proceso mediante el cual se adquiere nueva información o se modifican respuestas antiguas: Implica cambio en conducta intencional, dirigido por necesidades o recompensas. (Guía de Caries Dental 2007)

Aprender es un fenómeno inherente a los seres vivos en virtud de su dinámica interna y a su interrelación con el medio ambiente. (Guía de Caries Dental 2007)

Aprender es un proceso de comunicación interpersonal en donde la suma de experiencias, actividades e intervenciones busca informar, motivar y desarrollar una actitud consciente y responsable del individuo por su salud. (Guía de Caries Dental 2007)

Como todo proceso educativo, responde a una mecánica del aprendizaje, donde lo principal es la construcción con significado, responde a una relación de interacción comunicativa que permite el Intercambio de saberes entre sujetos, siempre y cuando el estímulo responda a una necesidad real, se utilice el lenguaje correcto y el desarrollo conlleve a la adquisición de un hábito (acto reflejo, cotidiano). (Guía de Caries Dental 2007)

Estímulo + Actividad = Reacción (Regla de 21 días)

Atención _ Emociones Hábito

POR QUÉ REALIZAR EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

A.) Por las características del proceso educativo que permiten:

- Reconocer la relación sujeto - entorno: Conocimientos, Actitudes y Prácticas.
- Relacionar la salud general con la salud oral.
- Identificar Barreras de acceso
- Responder a Políticas en salud
- Mejorar adherencia y seguimiento a tratamientos
- Disminuir costos
- Clarificar valores e Influir sobre creencias y/o actitudes
- Desarrollar habilidades
- Motivar cambios en el comportamiento y/o estilo de vida
- Informar buscando transformar.

B) Por recomendación de la OMS: bases políticas para desarrollar programas de educación y prevención en salud oral:

- La salud oral es integral y esencial a la salud general.
- La salud oral es un factor determinante en la calidad de vida.

C) Por compromiso social:

- La salud es el mejor instrumento para el desarrollo y la mejor plataforma para la paz.
- La salud en su dimensión social exige la solidaridad y la participación de todos.

D) Por desarrollo profesional y del servicio:

- Desarrolla comportamientos saludables: Promueve la salud personal y colectiva.
- Normatividad vigente exige el actuar profesional no solo en el consultorio sino también frente a la comunidad.

E) Por los beneficios y resultados reportados en la literatura

- Las intervenciones en educación en salud oral siempre son positivas y su efecto es temporal sobre hechos clínicos como el control y remoción de la placa bacteriana.
- Las Estrategias más efectivas en prevenir la caries de infancia temprana han resultado de la combinación de técnicas educativas y preventivas dirigidas a niños, padres y cuidadores. (Guía de Caries Dental 2007)

PRINCIPIOS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD ORAL:

- Fundamentar el proceso: efectividad.
- Responsabilidad compartida, con la participación activa de todos los actores.
- Necesidad de refuerzo.
- Trabajo en grupo y las actividades lúdicas: Son más efectivas que las charlas.
- No existe una receta universal: CREATIVIDAD y FLEXIBILIDAD.
- Se debe Partir de una necesidad como núcleo sugestivo y provocador.
- Lo importante es ayudar a hombres y comunidades a ayudarse a sí mismos, colocarlos en una confrontación crítica y consciente con sus problemas y convertirlos en agentes de su propio desarrollo.
- La educación por sí sola no resuelve los problemas: debe tenerse en cuenta el

Contexto y alcance real de los programas. (Guía de Caries Dental 2007)

PASOS A SEGUIR EN EL PROCESO:

- Reconocer una Necesidad: Identificar un problema.
- Diagnóstico Complejo e integral: refleje la realidad
- Fundamentación: Toda evidencia esta soportada por un marco referencial.
- Planificación
- Identificar líderes: Multiplicadores
- Definir Estrategias: Individual y/o colectivas
- Mensajes relevantes, pertinentes y aplicables a las comunidades y/o estilos de vida.
- Personal capacitado, calibrado y entrenado en los diferentes procesos con Sensibilidad, facilidad de expresión y competencia comunicativa.
- Establecer Parámetros de evaluación e Indicadores para todo el proceso.
- Proceso de Retroalimentación. (Guía de Caries Dental 2007)

EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA CARIES DENTAL

El desarrollo de la caries dental necesita de la presencia de placa bacteriana, con ella interactúan una serie de factores que pueden favorecer o no la aparición y/o progresión de las lesiones.

Existe evidencia para las diferentes miradas y análisis respecto a la interacción de los factores de riesgo tanto biológico como socio-económicos y cultural.

El análisis de los factores de riesgo en caries dental refleja en cierta forma las condiciones de vida de un individuo y del grupo poblacional al que pertenece.

Los factores sociales no son determinantes pero si influyentes, varían de una población a otra y de un individuo a otro. (Guía de Caries Dental 2007)

La caries dental es una enfermedad universal, varía de acuerdo al comportamiento de los diferentes factores ofreciendo diferentes formas de presentación y progresión; de ahí la importancia de analizar los factores de riesgo en cada individuo/comunidad antes de tomar la decisión del tratamiento o intervención a seguir. (Guía de Caries Dental 2007)

El análisis de la etiopatogenia y del comportamiento de los diferentes factores de riesgo determina una relación directa entre el diagnóstico integral y la decisión de tratamiento como un proceso continuo, activo y participativo de análisis-acción odontólogo-paciente. (Guía de Caries Dental 2007)

El riesgo de caries se valora a través del análisis de factores interactuando directamente en el proceso de caries sobre la superficie dental. Estos son los mecanismos de 'ataque': placa bacteriana, microorganismos específicos en la placa (considerados dentro de placa bacteriana); y dieta y, los mecanismos de 'defensa': sistemas protectores de la saliva y exposición a flúor. (Guía de Caries Dental 2007)

De los factores relacionados con la ocurrencia de caries, pero que no participan directamente en el desarrollo de la lesión, como los factores socio-económicos, se analiza la historia a la consulta odontológica (cita odontológica en el último año y motivo de última consulta), para valorar si tiene una actitud preventiva frente a su salud oral. Es claro en todo caso, que existen barreras de acceso al servicio que logran interponerse en esta medición, pero se utiliza como un acercamiento. Los

factores socio-económicos contribuyen indirectamente a cambios en los factores directos, como pobre higiene oral y dieta. (Guía de Caries Dental 2007)

Los factores directos son dependientes en 'dosis', 'frecuencia' y 'duración' y deben considerarse desde este análisis. Por ejemplo, una gran cantidad de placa bacteriana (alta dosis) sólo indica riesgo alto si está presente frecuentemente (alta frecuencia) y por un período de tiempo más largo (larga duración). Los factores incluidos en el análisis tienen diferente "pesos", teniendo un impacto más fuerte los directos que los indirectos y comportándose de manera específica en cada combinación posible de factores. El "peso" que se le ha dado a cada factor está basado en revisiones bibliográficas y en experiencia clínica. (Guía de Caries Dental 2007)

RESEÑA HISTÓRICA DEL BRAILLE

Hasta las últimas décadas del siglo XVIII, las personas ciegas no habían tenido la posibilidad de acceder a la educación; nadie se había interesado por su situación, pues en aquella época mendicidad y ceguera se identificaban como dos situaciones afines. La única atención que se había brindado a estas personas, era en los hospicios, lugar a donde los llevaban en calidad de enfermos. Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009

La educación sistemática y colectiva para ciegos se inició a partir del año 1784 en París (Francia) con la fundación de la primera escuela bajo el nombre de Instituto de Ciegos de París, por el Señor Valentín Haüy, funcionario del ministerio de relaciones exteriores. Haüy implantó desde el principio como sistema de lectoescritura, el mismo alfabeto en tinta cuyas letras eran trazadas en alto relieve

para reconocerlas a través del tacto. Fue a este instituto a donde ingresó como alumno un joven llamado Louis Braille Barón el 15 de febrero de 1819. Para entonces, Louis Braille ya tenía 10 años; había quedado ciego a muy temprana edad a causa de un accidente en el taller de su padre. Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009

Louis Braille Barón: En abril de 1821 el señor Charles Barbier, capitán de artillería, presentó al instituto un novedoso sistema ideado por él mismo al cual llamó Escritura Nocturna basado en 12 puntos hechos en relieve. Este sistema no era exactamente un alfabeto, sino más bien una sonografía, pues las combinaciones de puntos representaban grupos de sonidos en lugar de letras. (Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009)

La escritura nocturna fue acogida por el instituto y se utilizó por un par de años, pero sin dejar de lado el sistema Haüy. Sin embargo, ninguno de los dos sistemas adoptados satisfacía a plenitud las necesidades de herramientas precisas, para estudiar en condiciones similares a las personas videntes. Estas y otras dificultades fueron las que movieron a Louis Braille a trabajar intensamente en la adaptación de un nuevo procedimiento que se acondicionara mejor al tacto, para realizar una lectura mucho más rápida y fluida. Así, en 1825, presentó la primera versión que incluyó puntos y líneas; las líneas representaban cifras, signos de puntuación y símbolos matemáticos. (Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009)

Después de muchos ensayos, experimentos, modificaciones y ajustes Louis Braille eliminó las líneas hasta llegar al signo básico de 6 puntos cuya combinación da como resultado la suma de 64 caracteres, número suficiente para cubrir todas las letras del alfabeto con los signos de puntuación, números y signos aritméticos,

aunque no lo bastante grande como para suplir la necesidad de otras codificaciones como la notación musical y la simbología matemática. Esto llevó a Louis Braille a utilizar otros procedimientos y se dio a la tarea de acondicionar el sistema básico del alfabeto a los requerimientos de estas codificaciones. (Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009)

En cuanto a la musicografía, dejó de lado el pentagrama y representó las notas con series de signos y la altura de los sonidos con indicadores. Para la simbología matemática también usó signos compuestos, es decir, de dos o más caracteres.

El sistema tuvo gran aceptación por parte de los alumnos del instituto, pero su uso fue prohibido por las directivas, con el argumento de que, al no tener ninguna relación en común con el alfabeto utilizado por las personas videntes, aislaría y segregaría a los alumnos ciegos. En consecuencia, se siguió utilizando el sistema Haüy, pero los alumnos se empeñaban en usar el nuevo procedimiento porque mejoraba notablemente la lectura y la comunicación entre ellos. Finalmente, su insistencia obligó a las directivas a revisar la disposición, pero sólo hasta 1852 (un año después de la muerte de Louis Braille) su sistema fue reconocido oficialmente por el instituto. (Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009).

Desde entonces, el sistema Braille se ha venido difundiendo por todas las latitudes, incluidas las culturas orientales con las adaptaciones pertinentes de acuerdo con las exigencias de sus idiomas; en los países de China y Japón, el signo generador está compuesto por 8 puntos cuya combinación da como resultado la suma de 256 caracteres, con lo cual solucionan en gran parte el problema de representar ideogramas. (Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009)

Método de Braille: En cualquier área de la actividad humana que pensemos, nos daremos cuenta que un gran porcentaje de la información llega a través de la vista. Por ello, las personas con ceguera y/o deficiencia visual han tenido que buscar medios y modos alternativos de acceso a la información, para que la falta de visión no represente más limitaciones de las estrictamente necesarias

El sistema Braille, inventado en el siglo XIX, está basado en un símbolo formado por 6 puntos: aquellos que estén en relieve representarán una letra o signo de la escritura en caracteres visuales. Es importante destacar que no es un idioma, sino un código. Por lo tanto, las particularidades y la sintaxis serán las mismas que para los caracteres visuales. (Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009)

El tamaño y distribución de los 6 puntos que forman el llamado signo generador, no es un capricho sino el fruto de la experiencia de Louis Braille. Las terminaciones nerviosas de la yema del dedo están capacitadas para captar este tamaño en particular. Pero este signo sólo permite 64 combinaciones de puntos, siendo insuficientes para toda la variedad de letras, símbolos y números de cada idioma. Esta limitación obligará a la invención de los llamados "símbolos dobles", que veremos más adelante. Se intentó utilizar un símbolo braille de 8 puntos (lo que aumentaría considerablemente el número de combinaciones posibles), pero resultaba incómodo para la lectura y obligaba a recorrer con el dedo cada uno de ellos para entender qué símbolo representaban. (Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009)

Al observar con atención, se notará que los símbolos correspondientes a la primera fila ocupan sólo los cuatro puntos superiores del signo generador. Los que corresponden a la segunda fila son iguales a los de la primera, pero se le agrega

el punto inferior izquierdo (salvo la ñ que es propia del idioma español, ya que el inventor del sistema Braille es de origen francés), y en los de la tercera se agregan los dos inferiores. (Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009)

Ya que no es posible colocar una tilde encima de los puntos correspondientes a las vocales, se tuvo que inventar un nuevo símbolo para cada una.

Las máquinas para la escritura en Braille se comercializan desde hace ya 30 años y posteriormente se han ido desarrollando diversas impresoras tanto de uso personal como de gran tirada. La generación de textos en caracteres de escritura braille, facilita el acceso a la lectura, a todas las poblaciones ciegas, de baja visión y especialmente aquellas con poblaciones de escasos recursos económicos o de zonas marginadas.

Existen otros métodos complementarios de lectura como lo son las grabaciones en cinta magnetofónica, que propició una más amplia bibliografía disponible, facilidad en su acceso, equipos lectores de OCR así como computadoras con síntesis de voz. (Gómez Jhonny, Mendoza Beatriz, 2009)

MARCO HISTÓRICO.

El Instituto Antonio Pardo fue fundado en 1926 por el Licenciado Juan Antonio Pardo Ospina, y bajo el amparo de la Ley 45 de Noviembre 6 del mismo año. En 1932, con la colaboración del Conservatorio Nacional de Música, se organiza la Banda y Orquesta del Instituto, estableciéndose las clases de Violín, Piano, Contrabajo, Flauta, Clarinete, Trompeta, Canto y Música Religiosa. En 1933, el Consejo de Profesores de la Institución, elaboró los Programas de Enseñanza y se

adoptaron los cursos de Comercio y servicios educativos. En 1978, asume la dirección la hermana Hersilia Betancourt. Se establecen los tres niveles para atender niños con limitación visual y retardo mental asociado. En 1984, la Junta Directiva, cambió el nombre de la Institución para llamarla: Instituto para Niños Ciegos, "Fundación Juan Antonio Pardo Ospina". En 1995 de acuerdo con la Ley 115 Ley General de Educación de febrero de 1994 se da comienzo a la elaboración del Proyecto Educativo Institucional (PEI).

Este instituto nació privado y es privado. Tiene actualmente un contrato de prestación de servicios con el ICBF. Allí viven internos 65 niños y niñas ciegos y con retardo mental, 55 seminternos ciegos y de retardo mental, de los cuales 18 son videntes y allí estudian su primaria y música. (Vicepresidencia de la República, 2005)

MARCO LEGAL

En Colombia, a partir de la Constitución Política de 1991, se ha consolidado un *marco jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad, y al mismo tiempo las obligaciones del Estado y la sociedad para con ellos*. Entre las que se encuentran:

Ley 361 de 1997 "Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones".

Ley 762 de 2002, mediante la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Ley 982 de 2005 "Por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordo ciegas y se dictan otras disposiciones".

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar y evaluar un programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina, basado en el fortalecimiento de el auto cuidado en los niños, el cual involucre profesores y padres.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar un programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina.
- Implementar un programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina.

- Evaluar un programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Cuasi-experimental, serie de tiempo.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Niños invidentes de 6 – 12 años del instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina

2.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Niño perteneciente instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina.

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Niños invidentes de 6 -12 años de edad que asistan al instituto para niños ciegos fundación Juan Antonio Pardo Ospina cuyos padres autoricen su participación en la investigación.

2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Niños con compromiso sistémico.

Niños que no quieran participar en el estudio

2.5 MARCO MUESTRAL:

120 niños

Muestra por conveniencia de 20 niños

2.6 VARIABLES.

2.6.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición	Operacionalización	Categorización	Escala
Edad	Tiempo transcurrido para el ser humano desde el nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreta
Género	Características biológicas que dan la diferenciación sexual	M F	Cualitativa	Nominal
Nivel de escolaridad madre	Estudios realizados por el individuo a lo largo de su vida	Primaria Secundaria Otro	Cualitativa	Nominal
Técnica de cepillado	Forma en que se realiza el cepillado	Horizontal Vertical Rotacional Combinada	Cualitativa	Nominal
Duración del cepillado	Tiempo que gasta en la realización del cepillado	> de 3 minutos 3 minutos o más	Cuantitativa	Discreta
Posición durante el cepillado	Posición en que se coloca el niño durante el cepillado	Horizontal Vertical	Cualitativa	Nominal
Conocimientos sobre Hábitos orales			Cualitativa	Nominal
Conocimientos sobre salud oral			Cualitativa	Nominal
Prácticas de higiene oral			Cualitativa	Nominal
Prácticas sociales			Cualitativa	Nominal
Representación de la salud oral			Cualitativa	Nominal

2.6.2 VARIABLES DEPENDIENTES

Variable	Definición	Operacionalización	Categorización	Escala
Caries dental	Lesiones de caries dental, dientes perdidos por caries dental o superficies obturadas.	Índice C.O.P	Cuantitativa	Discreta
		Índice c.e.o	Cuantitativa	Discreta
Hábitos de Cepillado	Frecuencia de cepillado al día	No 1 vez Mas de 1 vez	Cuantitativa	Discreta
Placa Bacteriana	Presencia de placa bacteriana sobre las superficies dentales teñida con solución reveladora	Índice de O'Leary 0-100%	Cuantitativa	Continua

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la resolución 008430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud, la clasificación del riesgo de la investigación es una **investigación con riesgo mínimo**: donde se empleará el registro de datos a través de procedimientos comunes: exámenes clínicos, para la obtención de índices de placa e historia de caries dental. Se tendrán en cuenta el capítulo III referente **DE LAS INVESTIGACIONES EN MENORES DE EDAD O DISCAPACITADOS** en particular lo relacionado en el **ARTICULO 25. Sobre la obtención adicional** del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o del discapacitado de que se trate. Y el artículo 26, sobre la aceptación del menor discapacitado, para ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer.

El estudio será presentado al Comité de Ética del Colegio Odontológico Colombiano, con se correspondiente consentimiento informado.

2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Instrumento semi-estructurado para niños
- Historia clínica de Diagnóstico
- Instrumento semi-estructurado para padres
- Instrumento semi-estructurado para profesores

Se incluyen en anexos

2.9 PROCEDIMIENTO:

Al inicio del estudio, se realizó una prueba piloto con madres o acudientes acompañantes de niños asistentes a la clínica de la institución Universitaria colegios de Colombia Facultad de Odontología, sede centro, con el fin de estandarizar a los investigadores y corregir errores en los instrumentos.

Siguiendo la metodología recomendada en la guía de caries sobre programas de promoción y prevención en salud el programa se desarrollo en un tiempo de 21 días.

Se realizo en tres fases.

FASE I



Fotografía. Instalaciones Fundación Juan Antonio Pardo Ospina



Se realizó la socialización de la investigación a padres, educadores, escolares y representantes de la institución, se cumplió una charla con ayudas audiovisuales, catálogo de presentación, se entregó consentimientos informados y se solucionó dudas y preguntas sobre la investigación.

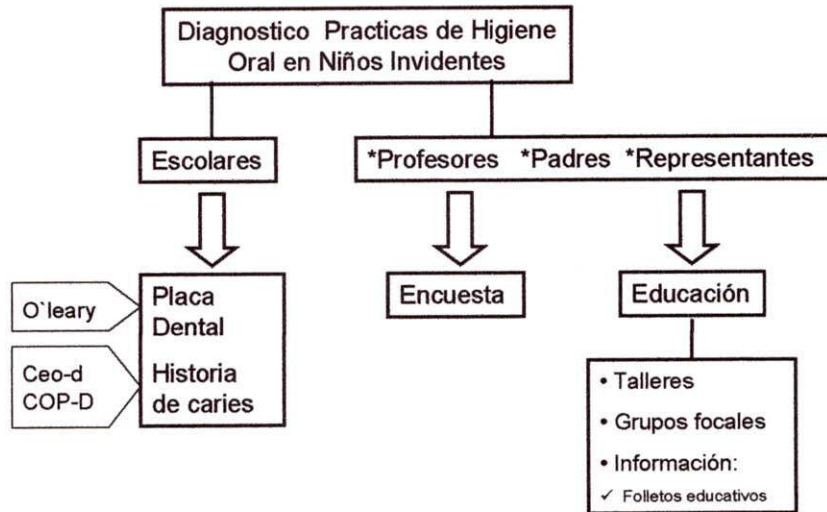


Figura 1. *Diagnóstico integral cuali-cuantitativo de las prácticas de higiene oral realizadas en la institución y las metodologías utilizadas en los niños invidentes*



Se elaboro un diagnóstico integral cuali-cuantitativo de las prácticas de higiene oral realizadas en la institución y las metodologías utilizadas en los niños invidentes (Figura 1), paralelamente se trabajo con los actores sociales que integran la institución, profesores, padres y representantes, Utilizando técnicas participativas tales como talleres, encuestas semi-estructuradas, grupos focales, y medios de información como folleto educativo de enseñanza de cepillado y uso de

la seda dental, entre otros que promovieron la producción de conocimientos, sobre la salud oral, practicas y creencias.

Se cumplió un primer examen clínico bucal donde se tomo: Índice de higiene oral de O'Leary, para placa bacteriana y el Índice ceo-d, Índice C.O.P-D para identificar la historia de caries en los escolares.



FASE II

A partir de esta información se diseño y construyo con los profesores, en forma crítica y reflexiva un programa preventivo y educativo con estrategias propias

para desarrollar auto-cuidado, autoestima y capacidad del escolar a vivir bien y desarrollarse positivamente, a pesar de las condiciones de vida, salir fortalecidos; promoviendo el desarrollo integral del escolar en situación de riesgo. Teniendo en cuenta las diferentes metodologías de acuerdo a su discapacidad visual, se utilizo estrategias adecuadas (Figura 2), como música, tacto, sistema lector brille y atención individualizada.

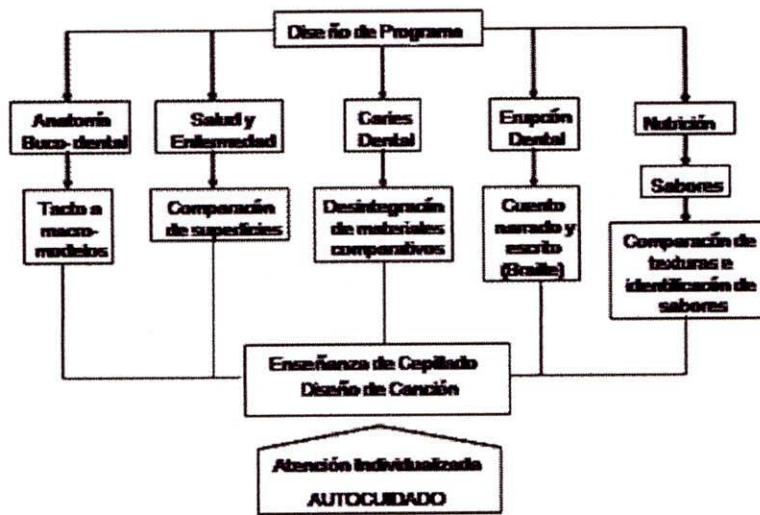
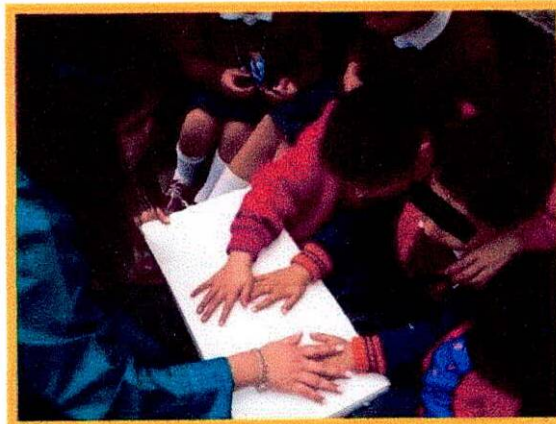


Figura 2. Diseño del Programa Educativo y Preventivo en Salud Oral

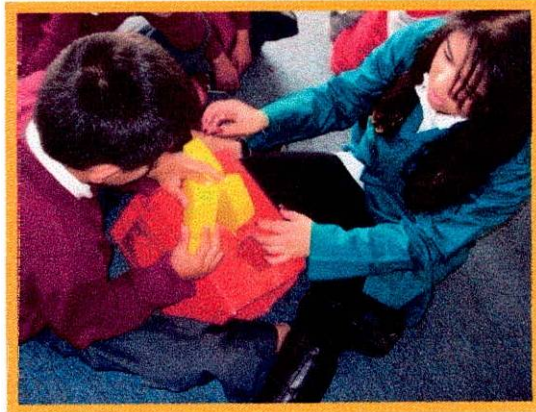
- *Anatomía dental:* Con ayuda de macro-modelos de la boca se explico cada parte de la boca; macro-modelo donde el niño identifico el alveolo de cada diente su posición en la arcada dental y su función específica



- *Salud y enfermedad:* con botellas de gaseosas el niño compara la estructura de un molar, las superficies lisas y las rugosas; las limpia y se acentúa el cambio del molar donde no se limpio la botella.
- *Caries dental:* El niño siente la textura lisa de una lámina de icopor y se compara con la superficie del diente sano, posteriormente se desintegra y se explica porque sucede en los dientes; el niño siente nuevamente la superficie pero esta vez con irregularidades.



- *Erupción dental:* Cada niño lee un escrito en sistema braille donde se cuenta la historia de un vampiro que aprende a cuidar sus dientes. Se narra el cuento Juanita cuida sus dientes, donde se explica la importancia de los dientes de leche.



- *Nutrición y Función:* Con carne, papas, maíz y jugo; se les explica qué función cumple cada parte de su boca y porque es importante conocerlo. A cada niño se le da una degustación de diferentes sabores y se les cuenta que es lo que están sintiendo a su vez se les aconseja porque algunos alimentos pueden sustituir los que desarrollan caries.



Cada encuentro viene acompañado de sesiones repetitivas e individualizadas de enseñanza de cepillado, usando la técnica que más se acomoda a sus capacidades motrices.



Para la implementación de la estrategia en el programa se tuvo en cuenta la participación activa del personal de profesores y cuidadores de los niños, permitiendo a su vez capacitación de estos para garantizar la continuidad del programa en la institución.

FASE III

El programa se evaluó por medio de la identificación del conocimiento de la importancia de salud oral y hábitos de higiene oral, de educadores, padres y escolares.

El índice de placa bacteriana se analizó por medio del índice de O'Leary, comparado con el índice inicial, como indicador de adecuadas prácticas de higiene oral, como principal estrategia para la prevención de la caries dental y enfermedades periodontales en la población.

2.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se tabularon en Excel 2007, y fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 15.0, utilizando estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y análisis bivariado, prueba estadística Chi cuadrado).

3. RESULTADOS

Se evaluó un total de 76 instrumentos, donde se midieron los conocimientos y hábitos de higiene oral, divididos así: 40 de padres, 16 de profesores y 20 aplicados a los niños.

Las 40 encuestas de los padres se dividieron en 20 instrumentos iniciales y 20 de recordación inmediata.

De las 40 encuestas, el 60% (n=12) pensaban que los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer luego del taller este porcentaje cambio al 15% (n=3), respecto a la supervisión del cepillado el 80% (n=18) pensaban que nadie debía supervisar el cepillado de los niños, cambio al 16% (n=6) en la encuesta final, respecto la seda dental como habito de higiene oral complementaria al cepillado paso del 35% (n= 7) al 95% (n=19), en cuanto a la nutrición el 55% (n=11) no sabía que los caramelos ayudaban en el proceso carioso, respecto a la importancia del control de crema en los niños inicialmente el 20% (n= 4) pensaba que no era importante, en la encuesta final el 90% (n=18) tomo conciencia de la importancia del control de crema en los niños. Figura 3

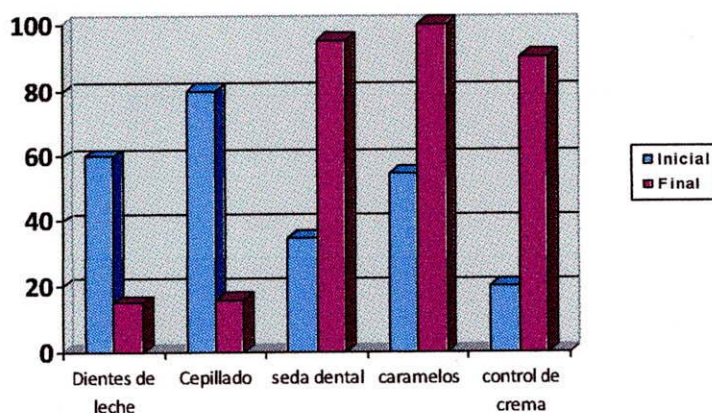


Figura 3. Comparación estadística de conocimiento de padres antes y después de aplicar el taller educativo

En cuanto a los conocimientos de los niños, se encontró que el 15% (n=3) sabían que el cepillo debía cambiarse periódicamente, respecto a los implementos de higiene oral el 25% (n=5) conocía la seda dental, en cuanto al control de crema dental solo el 25% (n=25) sabe la importancia de este control, en relación a los hábitos, el 25% de los niños reconocían que deben acudir al odontólogo cuando hay dolor. Tabla 1.

Tabla 1. Conocimientos del niño en salud oral	
Cambio de cepillo	15,0
Conoce la seda dental	25,0
Por qué se debe controlar la Crema	25,0
Dolor - Odontólogo	25,0

Respecto a las necesidades de tratamiento, se encontró que el 100% (n=20) necesitaban tratamiento de prevención, 70% (n=14) operatoria, el 5% (n=1) ortopedia y 5% (n=1) urgencias. Figura 4

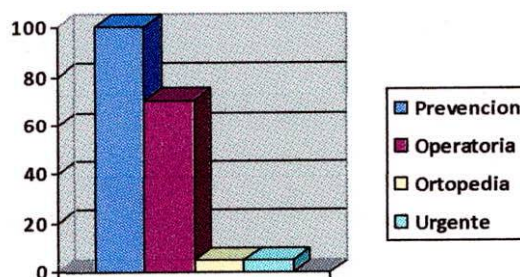


Figura 4. Necesidad de Tratamiento

Al realizar el examen clínico se encontró un índice de O'Leary inicial de 75%, luego de la implementación del programa, este disminuyó a 26%, en cuanto a la historia de caries un COP-D de y ceo-d de 2.5. Figura 5-6.

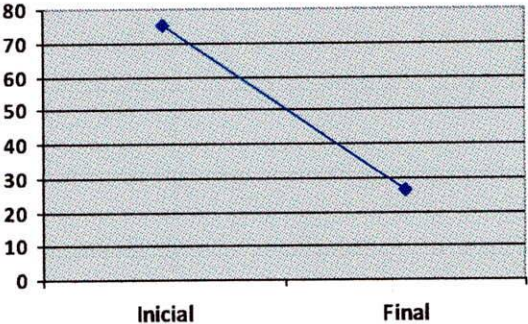


Figura 6. Índice O'Leary Inicial vs. Final

Por último los instrumentos aplicados a los profesores se evaluaron respecto a las respuesta correctas y los resultados fueron que el 56.3 % tenían un concepto de lo que es tener una boca sana, 68.8% sabían porque sangraban las encías, el 75% sabían en qué momento se debe cambiar el cepillo, el 68.8% crearon conciencia de la importancia de los dientes temporales, y el 37.5 % entendieron que el hecho de ser niño, no significa que sea más propenso a la caries dental. Tabla 2.

Tabla 2. Análisis de conocimientos encuesta inicial y final aplicada a profesores		
Boca sana	43,8	56,3
Sangrado de la encía	31,3	68,8
Cambio de cepillo	25,0	75,0
Diente Leche	31,3	68,8
Niños vs Caries	37,5	62,5

4. DISCUSIÓN

Estudios como el realizado por Daisy Del Socorro Báez y Col, (Estado de higiene oral en pacientes no videntes pre y post entrenamiento en el control de placa) en Managua Nicaragua, han demostrado que no hay relación de la ceguera con enfermedades orales, en esta oportunidad se encontró la presencia de altos índices de placa bacteriana y un COP-D ceo-d relativamente bajos evidenciando las dificultades que tienen en el desarrollo psicomotriz y el uso de técnicas adecuadas de cepillado; es posible que la alimentación y la atención de los cuidadores sean el protector principal para mantener un nivel “estable” en historia de caries.

La carencia de información elimina por completo la conciencia de auto cuidado, la responsabilidad propia y su importancia en el diario vivir, los padres transmiten información equivocada que por costumbre o hábito creen ciertas, en el taller a padres y maestros se resolvió dudas, se complementó información acerca de los conocimientos del cuidado de los dientes temporales y de la motivación a crear independencia en el cuidado de los niños invidentes.

Durante la realización de este estudio se evidenció la importancia del material didáctico en el proceso de aprendizaje; con ayuda de los educadores se manejaron estrategias y materiales conocidos por los niños que ayudó a que el programa se adaptara a ellos; el sistema braille fue de gran utilidad ya que es un método propio que los hizo más seguros en el medio.

El tacto y el oído se deben aprovechar en el aprendizaje, transmitiendo de la manera más real posible las texturas, se recreó los cambios generados en el proceso de salud a enfermedad, Canciones propias y actuales motivan la participación en el programa.

Durante el desarrollo de las actividades se utilizó el principio de reforzamiento, pensando en que para que una experiencia sea aprendida no basta solo con realizarla, sino tener la intención de llevarla a cabo, se corrigieron las debilidades en la técnica de cepillado utilizadas, alcanzando la comprensión de técnicas individuales que llevaran al mismo fin de limpieza y salud,.

Los niños que participaron en el estudio demostraron tener la capacidad de entender fácilmente todo lo que se les quiso enseñar dándole practicidad durante el programa y tomándolo como hábito en su diario vivir.

La aceptación individual del programa por parte del niño se logra y evidencia en el cambio en el índice de O'Leary inicial y final.

El estudio de Roberto C Mendoza y Col de México, enriquece este proyecto con el concepto que el odontólogo debe estar preparado para la atención de un paciente discapacitado sabiendo cómo aprovechar los sentidos restantes no solo en la rehabilitación del paciente sino fomentando un hábito que se logra con un proceso de enseñanza y aprendizaje que empieza desde la infancia. La ceguera no cambia los métodos convencionales de tratamiento dental, pero si la forma de llevarlos a cabo, debemos desarrollar estrategias para que el niño invidente, logre desarrollar una experiencia satisfactoria que ayude en su aprendizaje y así brindar una atención tanto de calidad como calidez.

5. CONCLUSIONES

- El paciente con discapacidad visual requiere una atención especial encaminada al mantenimiento de una salud oral mediante estrategias adecuadas a su condición.
- La receptividad de esta población a técnicas auditivas y táctiles incrementan la efectividad de la promoción de educación en salud oral.
- El involucrar a los padres y maestros dentro de este proceso de investigación ayuda a mantener hábitos de higiene oral; potencializa la efectividad de acciones siendo ellos los gestores principales en la multiplicación de la información

6. RECOMENDACIONES

- Multiplicación de la información aceptada por educadores y padres participantes del programa
- Integración del programa en el proyecto educativo institucional de centros educativos especiales
- Inclusión de empresas aportantes de recursos de higiene oral en el programa para disminuir factores de riesgo
- En próximos estudios incluir a niños con retraso mental asociado
- Realizar protocolo de atención para niños con una discapacidad adicional

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. ZULUAGA C, SIERRA M, ASPRILLA E, Causas de la ceguera Infantil en Cali Colombia. Colombia Medica, Vol. 36 N 4, 2005 (Octubre-Diciembre)
2. QUIJANO.C, OTÁLVARO.M, MUÑOZ.N, Estudio epidemiológico de la caries dental y situación de la higiene oral en los ciegos del i.n.c.i., elaboración de una cartilla educativa sobre salud oral, exclusiva para invidentes.
3. GARCÍA-TREVIJANO C. ATENCIÓN TEMPRANA A NIÑOS CON DÉFICIT VISUAL Licenciada en Psicología. Profesional del Equipo Específico de Atención a la Educación Integrada de Sevilla. Documentación facilitada en las "Jornadas de Atención Temprana: Coordinación e Integración de Servicios Socio-Sanitarios". (Osuna, 4 y 5 de Octubre, 2001).
4. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGÍA CONSEJO DIRECTIVO – 2007 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL Bogotá D. C. Mayo de 2007 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
5. Vicepresidencia de la república. Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. Programa de Derechos Humanos y Discapacidad, 2005, www.discapacidad.gov.co/noticias/noticia
6. CEDEÑO, F, PINZÓN C; GARCÍA,N; Grupo Atención a Poblaciones con Necesidades Educativas Especiales del Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Educación Nacional, Bogotá, D.C., Colombia. Julio de 2006, ORIENTACIONES PEDAGOGICAS PARA LA ATENCION EDUCATIVA A ESTUDIANTES CON LIMITACION VISUAL, www.mineduccion.gov.co.

7. GARCÍA E, Posibles beneficios del aprendizaje musical significativo en el desarrollo global del niño entre 4 y 6 años con deficiencia visual o ceguera. Red de revistas científicas de América latina y el Caribe , España Portugal , <http://readalyc.uaemex.mx>
8. ARISTIMUNO ROMERO, Corina. Educación para la Salud en personas con necesidades especiales en el Área Visual. Caso Instituto de Educación Especial "Mevorah Florentin". Caracas. Venezuela 1995-1996. *Acta odontol. venez*, jun. 2000, vol.38, no.2, p.23-26. ISSN 0001-6365.
9. MARTIGNON, S; GONZALEZ, M; JÁCOME, S; SANTAMARÍA R, MUÑOZ ,M. Logra un taller educativo cambiar conocimientos y practicas? Evaluación de una experiencia en salud oral dirigida a padres y jardineras de niños de 0-5 años en Usaquén, Bogotá.
10. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD , Pacto por la Salud Oral para Bogotá D.C. "Porque la salud oral debe estar en boca de todos". Octubre de 2004
11. NUTBEAM D. Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health Promotion International*.1998. 13;27-45.
12. COLGATE.CES.El Agente Educativo en Salud Bucal.
13. Guía para el desarrollo de Programas Comunitarios: Segunda Edición. Colgate 2001.
14. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington, D.C. E.U.A. 1993
15. GÓMEZ JHONNY, MENDOZA BEATRIZ, La integración escolar de niños y jóvenes invidentes del sistema de orquestas juveniles e infantiles de Venezuela,

modulobarquisimeto, [www.schoolofed.nova.edu/novaeduca/PONENCIAS/pdf/b
eatriz_mendoza.pdf](http://www.schoolofed.nova.edu/novaeduca/PONENCIAS/pdf/beatriz_mendoza.pdf) -

ANEXOS

ANEXO # 1



ACTIVIDADES DEL PROGRAMA EDUCATIVO Y PREVENTIVO EN SALUD ORAL PARA NIÑOS INVIDENTES DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS FUNDACIÓN JUAN ANTONIO PARDO OSPINA

ACTIVIDAD 1

TEMA	Presentación
OBJETIVO	Inicio programa educativo y preventivo en salud oral en el instituto
ACTIVIDAD	Presentación a padres de familia y educadores
MATERIALES	Marcador, folletos, instrumentos
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Se reúne a los padres de los niños seleccionados en el programa con los educadores de la fundación que decidan participar; se les cuenta en que consiste el programa y cual seria su participación en este, se les hace entrega de los consentimientos informados
PRODUCTO ESPERADO	Solución de dudas y preguntas sobre la investigación Reconocimiento y adaptación al programa Firma de consentimientos informados Solución de Instrumentos

NOTA: _____

ACTIVIDAD 2

TEMA	Primer Examen Oral
OBJETIVO	Realización de encuestas Examen clínico Índice de O`leary; Índice ceo-d COP-D
ACTIVIDAD	Enseñanza de cepillado
MATERIALES	Equipo de bioseguridad (bata, gorro, guantes ,tapabocas, visor), babero, espejo bucal, linternas, cepillo crema y seda dental, vasos con agua, recipiente donde el niño pueda escupir, toallas desechables, planillas, kit de higiene oral de colgate Música, Grabadora
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Los niños llegan de sus casas cepillados, se les aplica revelador de placa y se toma el Índice O`leary Entrega kit de colgate, se realiza un cepillado correcto reforzando donde el niño tenga el problema, luego se realiza un examen clínico donde se observan las lesiones presentes, se les informa a los padres y/o acudiente de cada niño que tratamiento necesita
PRODUCTO ESPERADO	Elaboración de un diagnostico integral de las practicas de higiene oral Toma de datos Índice O`leary, Índice ceo-d COP-D Adaptación de los niños al programa El niño reconoce sus fallas en el cepillado y empieza a corregirlas

NOTA: _____

ACTIVIDAD 3

TEMA	Taller educativo a padres
OBJETIVO	Educación a padres y profesores
ACTIVIDAD	Taller educativo a padres y profesores
MATERIALES	Marcador para tablero, hojas, taller educativo, folleto.
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Se dictara un taller educativo a padres y profesores acerca de los temas a tratar con los niños, como son el reconocimiento y función de la boca y dientes, enfermedades y como prevenirlas, nutrición y preguntas frecuentes, se organizan grupos pequeños con un guía (UNICOC) y se debate sobre lo dicho.
PRODUCTO ESPERADO	Educar a los padres y profesores, y corregir mitos y creencias.

NOTA: _____

ACTIVIDAD 4

TEMA	Anatomía Bucodental
OBJETIVO	Partes de la boca Partes del diente
ACTIVIDAD	Reconocer forma y ubicación de cada uno de los dientes El niño palpara: central, canino y molar, aprenderá a diferenciarlos. Y luego los ubicara en la arcada dentaria, según su secuencia.
MATERIALES	Refuerzo de cepillado Macromodelos en cartón paja Equipo de bioseguridad (bata, gorro, guantes ,tapabocas, visor), babero, espejo bucal, linternas, cepillo crema y seda dental, vasos con agua, recipiente donde el niño pueda escupir, toallas desechables, planillas, kit de higiene oral de colgate Música, Grabadora
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Se organizan grupos de 7 niños con dos educadores de la fundación y un guía (UNICOC); se indicara a cada niño la ubicación y función de las partes de la boca; con ayuda de macro modelos el niño identifica los diferentes tipos de dientes y su función. Refuerzo de cepillado con música
PRODUCTO ESPERADO	Comprender la función de cada parte de la boca y cada diente

NOTA: _____

ACTIVIDAD 5

TEMA	Higiene oral
OBJETIVO	Reconocimiento de los elementos de higiene oral

ACTIVIDAD	Por medio del tacto y de atención individual en sesiones repetitivas se le enseña al niño a usar los elementos de higiene oral.
MATERIALES	Macro-modelo de boca, macromodelo en cantón paja Equipo de bioseguridad (bata, gorro, guantes ,tapabocas, visor), babero, espejo bucal, linternas, cepillo crema y seda dental, vasos con agua, recipiente donde el niño pueda escupir, toallas desechables, planillas, kit de higiene oral de colgate Música, Grabadora
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	En grupos pequeños y con ayuda de un macro-modelo de la boca, macro-modelo en cantón paja, música y de implementos de aseo se les enseña a los niños la manera correcta de usarlos y darle su correcta utilidad, individualmente se les hace la practica en su boca y se corrigen sus deficiencias en sesiones repetitivas de la practica
PRODUCTO ESPERADO	Utilidad de los elementos de aseo, y desarrollo de su motricidad

NOTA: _____

ACTIVIDAD 6

TEMA	Anatomía Bucodental
OBJETIVO	¿Cuales son los diferentes tipos de dientes? Función de cada "diente"
ACTIVIDAD	Con ayuda del tacto el niño identifica la forma de su boca y de los dientes Cada niño tendrá una degustación de un alimento distinto, por medio del cual se explicara la función de cada diente. Refuerzo de cepillado
MATERIALES	Macromodelos, alimentos Equipo de bioseguridad (bata, gorro, guantes ,tapabocas, visor), babero, espejo bucal, linternas, cepillo crema y seda dental, vasos con agua, recipiente donde el niño pueda escupir, toallas desechables, planillas, kit de higiene oral de colgate Música, Grabadora
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Se organizan grupos de 7 niños con dos educadores de la fundación y un guía (UNICOC); se indicara a cada niño la ubicación y función de las partes de la boca; con ayuda de macro modelos el niño identifica los diferentes tipos de dientes y su función específica. Cada niño debe ingerir una clase de alimentos distintos, le explicamos como es la función con cada uno de los dientes y luego se realiza una nueva ronda en la cual ellos dirán la función de cada diente en el momento de ingerir los alimentos. Refuerzo de cepillado con música
PRODUCTO ESPERADO	Identificar la importancia de todas las piezas dentales Comprender con exactitud la función de cada parte de la boca y cada diente

NOTA: _____

ACTIVIDAD 7

TEMA	Salud y Enfermedad
OBJETIVO	Identificar la boca sana de la enferma
ACTIVIDAD	Comparación de una boca sana y una enferma
MATERIALES	Botellas desechables, agua miel, azúcar. Macro-modelo de boca Equipo de bioseguridad (bata, gorro, guantes ,tapabocas, visor), babero, espejo bucal, linternas, cepillo crema y seda dental, vasos con agua, recipiente donde el niño pueda escupir, toallas desechables, planillas, kit de higiene oral de colgate Música, Grabadora
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	A cada niños se le entrega la base de una botella de gaseosa se les hace la comparación con una muela se les explica las montañas y las fosas que estas tienen y como seria una caries, la importancia de limpiar la boca y la complejidad de eliminar la suciedad que en ella se guarda, se hace el ejercicio de limpiar la botella y luego se repite el ejercicio limpiando su boca
PRODUCTO ESPERADO	Refuerzo de cepillado con música Importancia y necesidad de limpiar su boca el porque se requiere tiempo y dedicación al limpiarla

NOTA: _____

ACTIVIDAD 8

TEMA	Caries dental
OBJETIVO	Enseñar las causas de la caries dental
ACTIVIDAD	Desintegración de icopor por calor
MATERIALES	Laminillas de icopor ,vela, Macro-modelo de boca Equipo de bioseguridad (bata, gorro, guantes ,tapabocas, visor), babero, espejo bucal, linternas, cepillo crema y seda dental, vasos con agua, recipiente donde el niño pueda escupir, toallas desechables, planillas, kit de higiene oral de colgate Música, Grabadora
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Se cuenta a los niños que es la caries dental y porque se produce Con icopor y calor los niños conocen lo acido que puede ser los alimentos tocándolo y oliéndolo
PRODUCTO ESPERADO	Refuerzo de cepillado con musica Conocimiento de las causas de la caries dental para que la puedan evitar

NOTA: _____

ACTIVIDAD 9

TEMA	Erupción dental
OBJETIVO	Reconocer la importancia de los dientes temporales en los permanentes
ACTIVIDAD	Cuento Juanita cuida sus dientes

MATERIALES	Cuento Juanita cuida sus dientes Macro-modelo de boca, Equipo de bioseguridad (bata, gorro, guantes ,tapabocas, visor), babero, espejo bucal, linternas, cepillo crema y seda dental, vasos con agua, recipiente donde el niño pueda escupir, toallas desechables, planillas, kit de higiene oral de colgate Música, Grabadora
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Se narra el cuento Juanita cuida sus dientes donde Juanita cuida sus dientes: A Juanita su mamita no le cuidaba los dientes, las doctoras "Sanitas" les enseñan como deben cuidarse los dientes. Refuerzo de cepillado con musica
PRODUCTO ESPERADO	Que los niños padres y educadores reconozcan la importancia del cuidado a los dientes temporales y los permanentes

NOTA: _____

ACTIVIDAD 10

TEMA	Nutrición
OBJETIVO	Identificar los alimentos altamente criogénicos y dar alternativas de alimentación
ACTIVIDAD	Comparación de texturas
MATERIALES	Miel, caramelo, maní, chocolate, goma de mascar. Macro-modelo de boca Equipo de bioseguridad (bata, gorro, guantes ,tapabocas, visor), babero, espejo bucal, linternas, cepillo crema y seda dental, vasos con agua, recipiente donde el niño pueda escupir, toallas desechables, planillas, kit de higiene oral de colgate Música, Grabadora
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Los niños tocan miel y le les explica lo pegajosa y lo difícil de eliminarla de la boca se compara con alimentos como el maní y las chocolatinas. Se refuerza el cepillado con musica
PRODUCTO ESPERADO	Que los niños identifiquen mas alternativas de alimentación

NOTA: _____

ACTIVIDAD 11

TEMA	Sabores
OBJETIVO	Identificación de los diferentes tipos de sabores
ACTIVIDAD	Distinción de sabores
MATERIALES	Limón, ají, papas. Chocolates, elementos de bioseguridad Equipo de bioseguridad (bata, gorro, guantes ,tapabocas, visor), babero, espejo bucal, linternas, cepillo crema y seda dental, vasos con agua, recipiente donde el niño pueda escupir, toallas desechables, planillas, kit de higiene oral de colgate Música, Grabadora
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	A los niños se les dará una degustación de los diferentes tipos de sabores y se les indica que órgano es el encargado de diferenciarlos

**PRODUCTO
ESPERADO**

Refuerzo de cepillado

Que se reconozca la Importancia de la lengua

ANEXO #2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROGRAMA EDUCATIVO Y PREVENTIVO EN SALUD ORAL PARA
NIÑOS INVIDENTES DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS
FUNDACION JUAN ANTONIO PARDO OSPINA



La Institución Universitaria Colegios Unidos de Colombia UNICOC (Colegio Odontológico Colombiano) realizará un estudio en El Instituto para niños ciegos Fundación Juan Antonio Pardo Ospina, con el objetivo de diseñar y evaluar un programa educativo y preventivo en salud oral para niños invidentes basado en el fortalecimiento del auto cuidado, el cual involucra profesores y padres.

Para la toma de los datos se realizará una encuesta a los padres, cuidadores y a los niños donde se indagará a cerca del conocimiento que tienen sobre las practicas de higiene oral

A cada niño se le realizará un examen clínico que durará aproximadamente 15 minutos con un espejo bucal y se utilizará una sustancia reveladora de placa (restos de comida), la cual no produce ningún efecto adverso en el organismo

1. Se le aplicará la sustancia reveladora de placa en la lengua del niño el cual deberá pasar por todos los dientes, luego el niño realiza un buche y escupe el contenido, se procede al examen para tomar el registro de los dientes que presenten restos de comida.

2. Se le realizará una limpieza de los dientes con crema dental y el cepillo a cada niño después con un espejo se efectuará el examen odontológico para identificar los dientes cariados.

3 Posteriormente se ejecuta un programa educativo por medio de ayudas didácticas , música y actividades lúdicas que no requieren intervención clínica,

La participación en este estudio es voluntaria teniendo en cuenta la aceptación del menor, la no participación no traerá ninguna consecuencia para usted, ni para el niño. Puede negarse a firmar este consentimiento y puede retirarse del estudio en cualquier momento si así lo considera necesario. No se ofrece ninguna compensación por participar en el estudio. El presente estudio de acuerdo a la Resolución expedida por el Ministerio de salud 8430 de 1993, está clasificado como una **Investigación con riesgo mínimo.**

Esta investigación será realizada por estudiantes de noveno semestre del la **Institución Universitaria Colegios Unidos De Colombia**, la Directora del proyecto es la Dra. Martha Lucia Caycedo y los investigadores examinadores serán: Claudia Forero, Marcela Mosquera, Diana León, Melina Martínez y Paola Riveros.

Cualquier información adicional acerca de los derechos de los participantes y de la investigación será resuelta antes de firmar el consentimiento por la Dra. Martha Caycedo tel 6683535

He comprendido que participar en esta investigación no representa ningún riesgo o peligro para mí hijo, ni para ninguna otra persona. Entiendo que toda la información es estrictamente CONFIDENCIAL y será utilizada para cumplir objetivos académicos y científicos, que traerá como beneficio un resumen de la investigación y adicionalmente un beneficio para la comunidad.

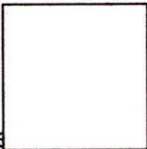
Yo _____ identificada con cedula Numero _____ de _____ leí los objetivos y el procedimiento descrito anteriormente y voluntariamente doy el consentimiento para que mi hijo _____ participe en este estudio.

Firma de Tutor legal o familiar: _____

Nombre: _____

C.C: _____ de _____

Parentesco: _____

Huella digital del tutor le  r

Firma del Director del proyecto: _____

Nombre: _____

Registro: _____ C.C: _____ de _____

Firma del testigo: _____

Nombre del testigo: _____

C.C: _____ de _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

ANEXO #3

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROGRAMA EDUCATIVO Y PREVENTIVO EN SALUD
ORAL PARA NIÑOS INVIDENTES DEL INSTITUTO PARA
NIÑOS CIEGOS FUNDACION JUAN ANTONIO PARDO
OSPINA



Yo _____ padre y/o
acudiente de _____. Autorizo la
toma de fotografías y video audiovisual durante el transcurso del programa
educativo y preventivo en salud oral, que se lleva a cabo en el Instituto para niños
ciegos Fundación Juan Antonio Pardo Ospina, por estudiantes de la Institución
Universitaria Colegios de Colombia Facultad de Odontología. Entiendo que este
material será utilizado exclusivamente para cumplir objetivos académicos y
científicos, que será manejado con el respeto que se merecen los niños y traerá
como beneficio un resumen de la investigación y adicionalmente un beneficio para
la comunidad.

ANEXO #4

ENCUESTAS PARA LOS PADRES

CARACTERISTICAS INDIVIDUALES:

1. Edad en años cumplidos: _____ años.
2. Escolaridad:
 - Primaria
 - Secundaria
 - Bachiller
 - Universitario
 - Técnica
3. Estado civil:
 - Casado
 - Separado/divorciado
 - Unión libre
 - Viuda
 - Soltera
4. Afiliación a seguridad social
 - Administradora de régimen subsidiado (ARS)
 - Régimen contributivo (EPS)
 - Medicina Prepagada
 - SISBEN
 - No tiene
5. Estrato
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD ORAL:

En su opinión

1. ¿Qué es tener una boca sana? Respuesta múltiple
 - Los dientes están blancos y/o parejos
 - No tener dolor
 - No tener mal aliento
 - No tener placa bacteriana o cálculos
 - No tener sangrado de encías
2. ¿Hasta que edad cree usted, le deben durar los dientes a una persona?
 - De 30 a 40
 - De 40 a 50
 - De 50 a 60
 - De 60 a 70
 - Toda la vida
 - No sabe
3. ¿Por que se pican los dientes (caries)? Respuesta múltiple
 - Mal cepillado o no cepillarse
 - Consumo de dulces
 - Mala alimentación
 - No sabe
4. ¿Por que se produce el sangrado o inflamación de las encías?

- Mal cepillado o no cepillado
- Cepillado fuerte
- Infección
- Debilidad de las encías
- Problemas en el organismo
- No sabe

5. ¿Quién le enseñó a cuidarse la boca?

- Padres
- Profesores
- Odontólogo
- Radio/televisión
- Nadie, aprendió solo

6. ¿Que utiliza para limpiar sus dientes? Respuesta múltiple

- Cepillo
- Crema dental
- Seda dental
- Enjuague Bucal
- Palillos
- Bicarbonato

7. ¿Cuando se cepilla los dientes? Respuesta múltiple

- Al levantarse
- Después del desayuno
- Después del almuerzo
- Después de la comida
- Antes de acostarse
- No se Cepilla

8. ¿Cuando decide cambiar el cepillo de dientes?

- Cuando las cerdas han perdido forma
- Cuando se ve sucio
- Periódicamente (sin importar su estado)

9. ¿Cuando utiliza la seda dental?

- Cuando quedan restos de comida entre los dientes
- Cuando se acuerda
- Siempre que se cepilla
- No usa

10. ¿Porque no usa la seda dental?

- Le sangra o le duele las encías
- Es muy cara
- No es necesaria
- No sabe como usarla
- Por falta de costumbre
- No se acuerda
- No la conoce

11. ¿Que hace cuando le duele una muela o un diente?

- Consulta con el dentista
- Toma antibióticos
- Toma analgésicos
- Usa remedios caseros
- Nada

12. Por favor diga si esta de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

1 (de acuerdo) 2. (Desacuerdo) 3. (NS/NR)

- Los dientes de leche son pocos importantes porque se van a caer
- La primera muela para toda la vida sale antes de los 8 años

16. ¿Por que se debe controlar la cantidad de crema dental en los niños?

- Porque se la comen
- Porque la desperdician
- Porque le hace daño

17. ¿Quién realiza el cepillado en su hijo?

- Los padres
- Lo realizan en el colegio
- Lo realiza el solo

18. ¿Que es para usted prevención oral?

19. ¿Que entiende por promoción oral?

20. ¿Estaría usted de acuerdo que en el colegio de su hijo se implementara un programa de salud oral?

- Si ____
- No ____

21. PORQUE? _____

ANEXO #5

ENCUESTAS PARA NIÑOS

CARACTERISTICAS INDIVIDUALES:

1. Edad en años cumplidos: _____ años. 2. Escolaridad: _____

REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD ORAL:

1. ¿Qué es tener una boca sana? Respuesta múltiple

- Los dientes están blancos y/o parejos
- No tener dolor
- No tener mal aliento
- No tener placa bacteriana o cálculos
- No tener sangrado de encías

2. ¿Hasta que edad cree usted, le deben durar los dientes a una persona?

- De 30 a 40
- De 40 a 50
- De 50 a 60
- De 60 a 70
- Toda la vida
- No sab

3. ¿Por que se pican los dientes (caries)?

- Mal cepillado o no cepillarse
- Consumo de dulces
- Mala alimentación
- No sabe

4. ¿Por que se produce el sangrado o inflamación de las encías?

- Mal cepillado o no cepillado
- Cepillado fuerte
- Infección
- Debilidad de las encías
- Problemas en el organismo
- No sabe

5. ¿Quien le enseñó a cuidarse la boca?

- Padres
- Profesores
- Odontólogo
- Radio/televisión
- Nadie, aprendió solo

6. ¿Que utiliza para limpiar sus dientes? Respuesta múltiple

- Cepillo
- Crema dental
- Seda dental
- Enjuague Bucal
- Palillos
- Bicarbonato

7. ¿Cuando se cepilla los dientes? Respuesta múltiple

- Al levantarse
- Después del desayuno
- Después del almuerzo
- Después de la comida
- Antes de acostarse
- No se Cepilla

8. ¿Cuando se debe cambiar el cepillo de dientes?

- Cuando las cerdas han perdido forma
- Cuando se ve sucio
- Periódicamente (sin importar su estado)

9. ¿Conoce la seda dental?

— Si

— No

10. ¿Cuándo utiliza la seda dental?

- Cuando quedan restos de comida entre los dientes
- Cuando se acuerda

- Siempre que se cepilla
- No usa

11. ¿Porque no usa la seda dental?

- Le sangra o le duele las encías
- Es muy cara
- No es necesaria

- No sabe como usarla
- Por falta de costumbre
- No se acuerda

12. ¿Ha sentido dolor de dientes o muelas?

— Si

— No

13. Por favor diga si esta de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

1 (de acuerdo) 2. (Desacuerdo) 3. (NS/NR)

- Los dientes de leche son pocos importantes porque se van a caer
- La primera muela para toda la vida sale antes de los 8 años
- Los niños son mas propensos a la caries dental
- La alimentación influye en la formación de los dientes
- El uso de la seda dental evita el sangrado de la encías
- La crema dental es necesaria en la limpieza de la boca
- Solo cuando hay dolor en los dientes es necesario acudir al odontólogo
- Cuanto mas crema dental se usa mas limpios quedan los dientes
- Los elementos muy pegajosos dañan sus dientes

CUIDADO BUCAL DE LOS NIÑOS:

14. ¿Que hace para el cuidado de la boca y dientes? Respuesta múltiple

- Cepillar los dientes con crema dental
- Cepillar los dientes sin crema dental
- Alimentarse con frutas y verduras

- Ir al odontólogo periódicamente
- Pasar la seda dental
- Tomar leche
- Controlar consumo de dulces

15. ¿Por que se debe controlar la cantidad de crema dental?

- Se la comen
- La desperdician
- Hace daño

ANEXO #6



**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS UNIDOS DE COLOMBIA
UNICOC**

INSTRUMENTO COP- ceo - O`leary
PROGRAMA EDUCATIVO Y PREVENTIVO EN SALUD ORAL PARA NIÑOS
INVIDENTES DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS
FUNDACION JUAN ANTONIO PARDO OSPINA

H. C.: _____ NOMBRE: _____ EDAD: _____

8. ODONTOGRAMA

VESTIBULAR															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
LINGUALES															
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
VESTIBULAR															

C ___ O ___ P ___ = INDICE COP _____ c ___ e ___ o ___ = ÍNDICE ceo _____

OBSERVACIONES:

Necesidades De Tratamiento:

Prevención ___ Operatoria ___ Periodoncia ___ Endodoncia ___ Exodoncias ___ Ortopedia ___ Urgente ___

INDICE DE O`LEARY

INDICE DE O`LEARY

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Fecha: _____

N. Total Superficies: _____

N. Superficies Con Placa: _____

Porcentaje Inicial: _____

INDICE DE O`LEARY

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Fecha: _____

N. Total Superficies: _____

N. Superficies Con Placa: _____

Porcentaje Final: _____

Lea bien las instrucciones antes de diligenciar.

Utilice tinta negra, letra legible, sin tachones ni enmendaduras, no utilice siglas ni abreviaturas.

Inicie o continúe el consecutivo de las historias.

- Nombres y apellidos completos.
- Edad en años cumplidos.
- Diligencie el odontograma de acuerdo a las siguientes convenciones.



Sellante: Sombreado amarillo.(En tabulación cuéntelo como diente sano.)



Superficie cariada o recidiva: Sombreado rojo.



Obturada en amalgama: Sombreado azul.



Exodoncia indicada: x de color rojo.



Diente extraído: Raya vertical negra.



Diente sin erupcionar: raya horizontal negra.



Obturación en resina: Líneas azules verticales



Diente Sano: S negra. En dientes permanentes en los extremos superior e inferior.
En dientes temporales, en la zona central del Odontograma



Diente erupcionando: Flecha Negra.(En tabulación cuéntelo como diente sano y diente presente en boca

/ Utilice conectores para seguir la secuencia de la erupción.

- C: No. Dientes Permanentes Cariados
- O: No. Dientes Permanentes Obturados
- P: No. Dientes Permanentes Perdidos por Caries.
- INDICE COP = Suma de Cariados Obturados Perdidos.

- C: No. Dientes Temporales Cariados.
- e: No. Dientes Temporales con Exodoncia Indicada por Caries o Perdido por Caries.
- o: No. Dientes Temporales Obturados.
- INDICE ceo = Suma de Cariados, Exodoncias Indicadas o perdidos por caries y Obturados.

- Observaciones: registre hallazgos de importancia y que no estén registrados en el odontograma
Ejemplo: hipoplasias, fluorosis, supernumerarios, malpocisiones, apiñamiento, etc.

- Necesidades de tratamiento : marque con x en la casilla correspondiente
- Diligencie el índice de O'leary según las instrucciones de la siguiente tabla:

No. Total de Dientes en Boca	x 4 =
No. de superficies con placa bacteriana =	
No. de superficies con placa bacteriana / No. Total de Dientes existentes en Boca x 4 X 100 =	
<i>Resultado Índice de O'leary</i>	<i>%</i>

**PROGRAMA EDUCATIVO Y PREVENTIVO EN SALUD
ORAL PARA
NIÑOS INVIDENTES DEL INSTITUTO PARA NIÑOS
CIEGOS FUNDACION JUAN ANTONIO PARDO
OSPINA**

La Boca Permite

- Hablar
- Respirar
- Saborear
- Salivar
- Masticar
- Deglutir
- Moler



Cada diente tiene una tarea:

Cortar los alimentos.
Desgarrar los alimentos.
Aplastar y desgarrar.

**¿Por que son importantes los
dientes de leche?**

Son los encargados de:
Estética Fonación Masticación,
estimular el crecimiento de los
huesos de la cara. Asimismo,
guardan el espacio para la
salida de los dientes
permanentes, ya que si alguno
se pierde muy temprano, los
dientes nuevos pueden salir
torcidos.



Caries dental

Es la destrucción de los tejidos duros del diente
causada por suciedad que se pega en los
dientes

Signos y síntomas

Cambio de coloración del diente
Aparición de una cavidad en el diente

Dolor de dientes

- Espontáneo
- Al masticar
- Al ingerir azúcar
- A estímulos frío/calor
- Retención de comida
entre los dientes
- Mal aliento



ENCIA ENFERMA

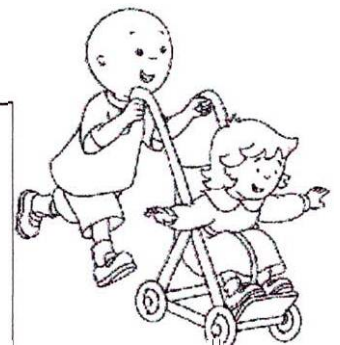
- ✓ Las encías sangran al cepillarse los
dientes
- ✓ Encías rojas, inflamadas o dolorosas
- ✓ Encías flojas y sueltas
- ✓ Mal aliento persistente
- ✓ Pus entre los dientes y las encías
- ✓ Dientes sueltos o que se estén
separando
- ✓ Cambios en su mordida
- ✓ Cambios en la adaptación de las
dentaduras parciales

**¿A qué edad se debe iniciar
el cepillado dental?**

Prácticamente al erupcionar los
dientes, se debe iniciar el
cepillado solamente con agua
hervida y preferentemente sin
pasta dental



RECUERDA: Aunque el niño ya pueda
sostener el cepillo dental, no será capaz de
cepillarse sólo los dientes es tarea de los padres
cepillar los dientes de sus hijos hasta
aproximadamente los 6 a 8 años de edad, antes
se debe considerar como entrenamiento.



ANEXO #8



ANITA CUIDA SUS DIENTES

Juanita es una niña muy bonita de 5 años, su mamá esta siempre muy pendiente de sus dientes, desde muy pequeña siempre se los cepilla y lo lleva a donde las doctoras Sanitas, cuida también que no coma muchos dulces ni alimentos pegajosos ya que ella sabe que esto es muy malo para los dientes y que los puede enfermar.

Un día Juanita fue a casa con Jaime su amigo, Lorena la mamá de Juanita noto que los dientes de Jaime no estaban muy bien cuidados y que él no sabia la importancia de mantenerlos sanitos, así que decidió llamar a Carolina la mamá de Jaime, para explicarle que debía hacer para cuidarle los dientes y así evitar que se le siguieran dañando. Carolina la mamá de Jaime decía que no cuidaba los dientes a su hijo ya que estos no importaban por que de todas maneras se le iban a caer y después le iban a salir los que iban a ser para toda la vida y que cuando estos le salieran hay si iba a estar pendiente de la higiene de su hijo para que los tuviera muy sanitos.

Lorena al ver lo equivocada que estaba Carolina decidió llevarla donde las doctoras Sanitas para que ellas le explicaran que tanto los dientes de leche "TEMPORALES" como los que iba a tener para siempre "PERMANENTES" tiene mucha importancia pero que sobretodo para poder mantenerlos hay que tener cuidados especiales.

Al día siguiente fueron al consultorio de las doctoras Sanitas, muy amables los recibieron y decidieron examinar a Juanita y a Jaime. A Juanita como siempre le encontraron su boca muy sana y por esto felicitaron a Juanita y a Lorena, por otro lado a Jaime lo encontraron muy descuidado y con algunas enfermedades en su boca se dieron cuenta que había perdido algunos dientes por que estaban muy dañados y sin forma de curarlos, esto les preocupo ya que ellas sabían las consecuencias de no cuidar los dientes de leche "temporales", después hablaron con Carolina para que entendiera el daño que le estaba haciendo a su hijo al no tener cuidado con sus dientes.

Las doctoras Sanitas le explicaron a Carolina, que los dientes de leche "temporales" son muy importantes por que de ellos depende la salud y el normal desarrollo de los dientes "permanentes", que si pierde los dientes a muy temprana edad ocasiona que los permanentes pierdan su

espacio y por ende salgan torcidos y mas adelante no pueda morder bien, hicieron énfasis en la dieta puesto que es muy importante consumir alimentos saludables como frutas, verduras y carnes para que crezcan grandes y fuertes; evitar alimentos como dulces pegajosos, goma de mascar, galletas ya que estos se adhieren fácilmente a los dientes y si no son retirados correctamente forman una capa de suciedad que mas adelante puede enfermar la boca y los dientes.

Las doctoras Sanitas le enseñaron a Carolina y a Jaime el cuidado diario de los dientes, le explicaron como debe cepillarse y que debe hacerlo después de cada comida y retirar muy bien la suciedad, le aclararon que el cepillado mas importante es el de la noche por que si se acostaba sin hacerlo, las bacterias no duermen y trabajan durante toda la noche, también le dijeron que los dientes que ya estaban dañados deben curarlos y cuidar que no se vuelvan a enfermar, no olvidaron decir que la visita regular al consultorio es muy importante por que ellas iban a poder tener un control de salud de Jaime y así poder mantener su boca sanita.

Carolina entendió la importancia de los dientes de leche "temporales" le agradeció a Lorena y a las doctoras Sanitas, desde entonces cuida muy bien los dientes de su hijo y visita regularmente a las doctoras Sanitas.

FIN

ANEXO #9



¿TE CUENTO UN CUENTO?

“La luz penetra donde no entra el sol”

Dylan Thomas

Y todo comenzó con un cosquilleo en la piel, con un suave estremecimiento en los huesos, con un suave temblor en el corazón, en la sonrisa.

Y después todo se conjuró para emitir una palabra, una voz que representará a todo el género: amor.

▪ “Yo trabajo con mi boca pues soy vampiro, no es fácil la gente en mi pueblo se acuesta muy temprano y mi boca se siente vacía pues no halla que morder, para colmo los habitantes trabajan en cultivos de ajo y siempre llevan un diente en el bolsillo cosa que me ahuyenta.

Yo vivo en el castillo de noche y busco a quién morder, el viento golpeaba tan fuerte las puertas del castillo y por eso me marche, la barriga hacia crunchi de hambre y mi boca aullaba.

De repente encontré a una señora, abrí mi boca y le mostré mis colmillos, la señora grito duro... Yo no sabía que era una odontóloga y que su grito fue por mi mal aliento y no por que yo inspirara terror. Me llevo al consultorio me sentó en su silla y me reviso mis hermosos colmillos, me regañó, me dio un cepillo de dientes y un vaso, me explico que si no me cepillo los dientes se dañan y me duele así que no podría volver a comer; mi barriga lloraría tanto y nunca mas se volvería a abrir mi pobre boca por tanta tristeza.

Colorín colorado este cuento se ha acabado.”

▪ “ Un día a Juan le pusieron un apodo “Caries”, porque él comía muchos dulces y no tenía cepillo de dientes. El día de su cumpleaños muchos amigos le regalaron dulces, pero una amiga que le quería ayudar le dio un cepillo de dientes y Juan se cepillo 3 veces al día y cuando se dieron cuenta que no tenía caries lo siguieron llamando Juan”