



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE  
CAMPUS BÁRBULA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN EDUCACIÓN EN SALUD ODONTOLÓGICA,  
SUB-ÁREA DE EDUCACIÓN COMUNITARIA PREVENTIVA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN ATENCION AL PACIENTE CON  
CONDICIONES ESPECIALES

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL PARA NIÑOS CON  
RETARDO MENTAL DE LEVE A MODERADO**

**Investigación Realizada en el Instituto de Educación Especial Carabobo  
durante el Período Escolar 2007- 2008**

**Autores:**Peña Astrid

Ramírez María

**Tutor de Contenido:** Prof. Giusti Juan C

**Tutor de Metodología:** Prof. Msc. Yadira Corral

Bárbula, mayo del 2008



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE  
CAMPUS BÁRBULA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN EDUCACIÓN EN SALUD ODONTOLÓGICA,  
SUB-ÁREA DE EDUCACIÓN COMUNITARIA PREVENTIVA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN ATENCION AL PACIENTE CON  
CONDICIONES ESPECIALES

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL PARA NIÑOS CON  
RETARDO MENTAL DE LEVE A MODERADO**  
**Trabajo de Grado como Requisito para Optar al Título de Odontólogo**

**Autores:**Peña Astrid

Ramirez María I.

**Tutor de Contenido:** Prof. Giusti Juan C

**Tutor de Metodología:** Prof. Msc. Yadira Corral

Bárbula, Mayo del 2008



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE  
CAMPUS BÁRBULA

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN

En nuestro carácter de Tutores del Trabajo presentado por las Ciudadanas **Ramírez María Isabel y Peña Astrid**, Cédula de Identidad N° **16.802.207** y **17.966.957** respectivamente, para optar al Grado de Odontólogo, consideramos que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe, cuyo título es: **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL PARA NIÑOS CON RETARDO MENTAL DE LEVE A MODERADO EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL CARABOBO.**

En Bárbula, a los 2 días del mes de mayo de 2008.

Prof. Giusti Juan C.  
Tutor de Contenido  
C.I: V-07.102.756

Prof. Msc. Yadira Corral  
Tutor de Metodología  
C.I: V-04.128.849

## **Agradecimiento**

Astrid Peña:

A Dios por darme salud, fuerza y voluntad para culminar cada una de nuestras metas.

A mis padres, Diana Reimy y Guillermo Peña por guiarme e inculcar valores que me sirvieron como escudo para afrontar las dificultades.

A nuestro tutor, Juan Carlos Giusti quien fue una pieza fundamental en mi formación como profesional de la salud.

A mi tía Inova, quien me acogió en su hogar brindándome todo su apoyo.

A mi familia quien creyó en mí y me brindó su colaboración incondicional.

A mis amigas, que me acompañaron en los momentos difíciles y me brindaron su apoyo para seguir hacia delante.

A Juan Rodríguez, quien con su paciencia, amor y apoyo contribuyó la realización de una de mis metas.

A Yajaira Ramírez, quien considero una madre sustituta que me brindó todo su apoyo y cariño en el día a día de mi carrera.

María Isabel Ramírez:

Al personal directivo, docente e investigación de la facultad de odontología.

A los alumnos, objeto y sujeto de esta investigación.

Al personal de la biblioteca por la colaboración prestada en la realización del trabajo.

Al profesor Juan Carlos Giusti, por las orientaciones en este trabajo.

Al Instituto de Educación Especial Carabobo, por su valiosa ayuda y prestación de servicio.

A la Universidad de Carabobo, que me dio la oportunidad de ser parte de ella, la cual me siento orgullosa de ser egresada de ella.

A la Facultad de Odontología, que a sido la cuna de mi profesión y la encargada de todos mis conocimientos.

A mis amigas, que me sirvieron de apoyo, ayuda y su valiosa amistad.

A los profesores de la facultad, que me enseñaron sus experiencias.

A mi amiga Astrid, por estar siempre ahí y por ser la persona que me ha enseñado y ayudado muchas cosas, solo gracias.

A mis padres, que confiaron en mi, y aquí estoy dándole su mayor orgullo.

A mis hermanos, que los adoro y que también confiaron en mi meta de ser odontólogo y gracias por sus apoyos.

A Yuri Ciuffardi, gracias por acompañarme en toda la carrera y por todas esas palabras de aliento que intentaban hacerme sentir que si podía y por su colaboración.

A mi nono, por la colaboración dada.

## **Dedicatoria**

Astrid Peña

A Dios por darme la inspiración y las fuerzas para seguir adelante en los momentos difíciles.

A mi abuela Mercedes de Peña, quien fue mi ejemplo a seguir.

A mis padres Diana Reymy y Guillermo Peña por darme la vida, la educación, la confianza y sobre todo el apoyo para cumplir mi más anhelado sueño, los amo.

A mi compañera de tesis, Ma. Isabel Ramírez por estar a mi lado siempre y por lograr juntas este capítulo final de nuestra carrera.

A mi novio Juan Rodríguez, por su amor y apoyo en todos los aspectos de mi vida.

María Isabel Ramírez

A Dios que día a día me protege y me dio la inteligencia para lograr la realización de esta tesis de grado.

A mis padres Natalia de Ramírez y Leonardo Ramírez, quienes luchan por brindarme todo lo necesario para lograr mis proyectos y metas.

A Yuri Ciuffardi, por su apoyo y todo su amor.

A mi abuelo Aristóbulo Ramírez por colaborar en mi carrera.

A mis hermanos, por todo su amor, los amo.

*A todos,*

*¡Gracias!*

## ÍNDICE GENERAL

	pp.
LISTA DE CUADROS.....	ix
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
LISTA DE FIGURAS .....	xi
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO</b>	
<b>I EL PROBLEMA.....</b>	<b>2</b>
Planteamiento del Problema.....	2
Objetivos de la Investigación.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	6
Justificación de la Investigación.....	6
<b>II MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
Antecedentes de la Investigación.....	8
Bases Legales.....	27
Bases Teóricas.....	9
Retardamental.....	9
Modelamiento .....	15
Técnica psicoeducativa para la atención a niños Con necesidades especiales.....	16
Clasificación de los niveles psicoeducativos.....	17
Esfera Psicoeducativa .....	17
Clasificación de las esferas psicoeducativos .....	17
Microestrategias .....	18
Macroestrategias.....	19
Modificabilidad Cognoscitiva Estructural.....	20
Caries Dental .....	21

	Aspectos Psicológicos en prevención.....	22
	Categorías de Estudio.....	
<b>III</b>	<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>44</b>
	Tipo y Diseño de la Investigación.....	44
	Población y Muestra.....	45
	Población.....	45
	Muestra.....	45
	Técnicas de Recolección de Datos e Instrumentos.....	46
	Instrumentos.....	47
<b>CAPÍTULO</b>		<b>pp.</b>
<b>III</b>	<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	
	Validez y Confiabilidad.....	52
	Validez.....	52
	Confiabilidad.....	53
	Procedimientos.....	53
<b>IV</b>	<b>ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS</b>	54
	Discusión	62
	Conclusiones	63
<b>V</b>	<b>LA PROPUESTA</b>	64
	Introducción	64
	Presentación	66
	Descripción de la Propuesta	67
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>78</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>81</b>
	A    Consentimiento Informado.....	82
	B    Guía de Observación.....	84



## LISTA DE CUADROS

CUADRO	pp.
1 Clasificación odontológica del paciente con necesidades de atención especial]....	16
2 Esfera psicoeducativa y técnica a emplear.....	17
3 Clasificación de los tipos de estrategias de aprendizaje.....	19
4 Tabla de especificación de la Propuesta.....	42
5 Matriz de Operacionalización del Instrumento.....	47
6 Distribución de respuestas al ítem: <i>Presta atención al momento de la explicación</i> . Valencia, Estado Carabobo. 2008 Operacionalización de Variables.....	54
7 Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: <i>Sigue instrucciones para realizar actividades</i> . Valencia, Estado Carabobo. 2008.....	55
8 Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: <i>Posee la capacidad de orientarse en el espacio</i> . Valencia, Estado Carabobo. 2008.....	56
9 Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: <i>Presenta la capacidad para la aprehensión del cepillo dental</i> .....	57
10 . Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: <i>Acepta el sabor del dentífrico</i> .....	58
11 Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: <i>Logra enjuagarse la boca</i> .....	59
12 Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: <i>Acepta el sabor del enjuague bucal</i> .....	60
13 Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: <i>Grado del índice de placa</i> .....	61

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO		pp.
1	Distribución de respuestas al ítem: <i>Presta atención al momento de la explicación</i> .....	55
2	Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: <i>Sigue instrucciones para realizar actividades</i> .....	56
3	Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: posee la capacidad de orientarse en el espacio.....	57
4	Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: presenta la capacidad para la aprehensión del cepillo dental.....	58
5	Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: acepta el sabor del dentífrico.....	59
6	. Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: logra enjuagarse la boca.....	60
7	Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: acepta el sabor del enjuague bucal.....	61
8	Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: grado del índice de placa.....	62

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA.....	pp.
1 Niveles de prevención según Leavel y Clark.....	24



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE  
CAMPUS BÁRBULA

## **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL PARA NIÑOS CON RETARDO MENTAL DE LEVE A MODERADO**

**Autores** :Peña Astrid  
Ramirez Ma. Isabel

**Tutor de Contenido:** Prof. Juan.C Giusti

**Tutor de Metodología:** Prof. Msc. Yadira Corral

**Fecha:** mayo de 2008

### **RESUMEN**

El presente trabajo tiene como objetivo proponer un programa de prevención de caries dental en niños con retardo mental de leve a moderado en el instituto de educación especial Carabobo. Desde el punto de vista metodológico, el trabajo se enmarcó en la modalidad de propuesta. La muestra involucrada esta constituida por 40 niños que asisten al instituto mencionado. Se utilizó como instrumento una guía de observación para evaluar las capacidades de orientación en el espacio, seguir instrucciones para realizar una actividad, aprehensión del cepillo dental entre otras. El resultado fue presentado en tablas y gráficos y analizados porcentualmente. Se concluye que los niños con retardo mental de leve a moderado de este instituto requieren del mencionado programa educativo.

### **Abstract**

The objective of the present work is to propose a dental cavity prevention program for children with a moderate level of mental retardation at the Institute of Special Education Carabobo. From the methodological point of view, this work was generated as a pattern of proposal. The population sample involves 40 children whom attend the mentioned institute. An observation guide to evaluate the orientation ability of the surroundings, following activity instructions, and understanding of the tooth brush among others was the used instrument. The results were presented in the form of tables as well of graphics and analyzed percentage wise. It was concluded that children with such moderate level of mental impediment of this institute; require the mentioned educational program

## Introducción

La caries se define como una afección que se caracteriza por una serie complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción de los tejidos dentarios; aunque sabemos que la etiología de estas afecciones es de orden multifactorial; también se reconoce que están asociadas a una defectuosa o incorrecta higiene oral.

Actualmente, la odontología, al igual que la medicina busca enfocarse en un ámbito preventivo mas que curativo ,por esta razón es que se trata de evitar la aparición de patologías como la caries que afectan a gran parte de la población mundial, donde también están incluidos los niños con retardo mental, considerando que estos niños se les dificulta el aprendizaje y realización en ocasiones de las técnicas de higiene personal en las que se incluyen las de higiene bucal; el proyecto que se presenta a continuación tiene como propósito la aplicación de estrategias educativas que faciliten al niño con retardo mental medidas que contribuyen a evitar la aparición de la caries dental .

Considerando la higiene, como un factor determinante para el mantenimiento de la salud bucal, se tratará demostrar por medio de la exploración clínica si la aplicación de medidas preventivas como por ejemplo el uso del cepillo dental es eficaz, ya que para nosotros es de suma importancia llevar a cabo este tipo de investigación ya que creemos que la prevención es la base para el mantenimiento de la salud bucal.

A continuación se encuentra dentro del capítulo I el planteamiento del problema junto con los objetivos específicos y generales de dicho estudio seguidamente el capítulo II podrá conocer sobre antecedentes relacionados con el estudio así como los fundamentos teóricos y legales tanto nacionales e internacionales que servirán de guía para la realización de la investigación también se encuentra la sistematización de variables , donde se explica

claramente las variables y criterios e indicadores para su medición; en el capítulo III se explica con exactitudes tipo de estudio q se realizó, la población que será estudiada, la metodología usada para recolección de datos .

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema**

La esencia del retardo mental es la presencia de un coeficiente intelectual bajo y un problema considerable en la adaptación a la vida diaria. Presentando alteraciones a nivel orgánico, psíquico y socio-cognitivo. Se caracteriza por un funcionamiento inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. (Bechi, 2005).

Así mismo, según Pic y Vayer (citados por Vanina, 2006), de acuerdo con el coeficiente intelectual el retardo metal se clasifica en: retardo mental ligero con un coeficiente intelectual de 50 a 69. Estos bebés suelen ser muy tranquilos, son capaces de sonreír y mirar con atención, las diferencias con el niño normal son poco notables durante los primeros años de su evolución, pero es en el inicio de la escolaridad cuando los padres comienzan a apreciar las diferencias existentes a través de las dificultades que el niño presenta. En la evolución psicomotora observan un cuadro de hipotonía. No aprecian diferencias significativas en la coordinación general ni en la coordinación específica óculo-manual; tampoco en los trastornos de la lateralidad, en cambio, el equilibrio en relación con los trastornos posturales, la orientación

espacio-temporal y las adaptaciones (especialmente, precisión-rapidez) suelen ser dificultosos.

Además, el retardo mental moderado con coeficiente intelectual de 35 a 49 llega a hablar y aprender a comunicarse de formas diversas, aunque les es difícil expresarse con palabras y utilizar formulaciones verbales correctas. Su vocabulario es limitado, pero, en ocasiones, cuando el ambiente es suficientemente acogedor y sugerente, el niño puede ampliar sus conocimientos de lenguaje y expresión; el retardo mental severo está determinado por un coeficiente intelectual de 20 a 34, dentro de las conductas motrices alteradas que se observan están: la marcha, el equilibrio, la coordinación dinámica y grandes dificultades de relajación, pueden realizar algunas adquisiciones verbales, pero su lenguaje es muy elemental.

También, el retardo mental profundo con un coeficiente intelectual menor de 20, suelen presentar algún tipo de malformaciones cefálicas o faciales; normalmente el origen de este déficit es de tipo orgánico, y su etiología es conocida, aunque no es reversible. Este estado se caracteriza por la persistencia de los reflejos primitivos, con una falta de maduración que deja al niño en un estado protopático primitivo. (Vanina, op. cit.).

Por otra parte, la caries dental es una patología que afecta a gran parte de la población mundial, ésta es de origen multifactorial produciendo una descalcificación de los tejidos dentarios a causa de diversas bacterias que se establecen en la cavidad bucal; particularmente, un gran número de microorganismos son encontrados en el dorso de la lengua, alrededor del surco gingival y en la superficie dentaria, a nivel del diente las acumulaciones blandas, no calcificadas de bacterias y sus productos son referidas como placa dental. Ésta es definida como una masa bacteriana fuertemente adherida a la superficie dentaria, y que no está formada exclusivamente por restos alimenticios. (Slots y Taubman, 1992).

Posteriormente, surge la hipótesis de la placa específica; que habla que el efecto patogénico de la placa dental, es dependiente del tipo específico de microorganismos residentes en ella. De esta forma, una placa rica en microorganismos Gram. Positivos y sacarolíticos (fermentadores de la sacarosa) será una placa tendiente a producir caries dental, mientras que una placa con mayor proporción de organismos proteolíticos (que degradan proteínas) y Gram negativos será una placa periodontopatogénica, dado el gran número de aislamientos de microorganismos específicos en los diferentes estadios de la enfermedad periodontal y en la caries dental, esta teoría es la aceptada actualmente. (Loesche, citado por Pérez, 2005).

En relación a la salud oral de los niños con retardo mental, se tiene que se ve afectada por la falta de higiene y el tipo de alimentación, entre otros factores, por lo cual podrán observarse patologías bucales que van desde caries hasta patologías periodontales. Debido a estas razones, se le debe dar la importancia necesaria a su higiene bucal ya que estas patologías pueden agravarse y traer otras consecuencias, lo cual se les dificultará su alimentación, la dicción y en ocasiones se podrían producir patologías en otras partes del cuerpo y evitar así el comienzo de estas patologías incentivando en estos niños los cuidados personales para mejorar su higiene.

Así como también, en opinión de los autores, se tiene que los niños con retardo mental se les dificulta el aprendizaje de las actividades de cuidado personal y, de la misma manera, también sus habilidades motoras en ocasiones son limitantes para la realización de actividades en su vida diaria. Por esta razón, deben ser aplicadas técnicas educativas que refuercen y faciliten el aprendizaje para que estos niños puedan desarrollar actividades de forma independiente facilitando así su desenvolvimiento en la vida diaria. Además, si no se atienden estas necesidades en los niños especiales tenderán a depender por largo tiempo del cuidado y atención por parte de otras personas y se dificultará aún más su desenvolvimiento cotidiano.



Por otra parte, Latinoamérica presenta falta de recursos tanto económicos como humanos, aún en establecimientos de alta complejidad, por lo cual la formación de profesionales odontológicos es deficiente para cubrir acciones preventivas y tratamientos en personas con discapacidad en la mayoría de los casos. En un gran número de Facultades de Odontología no se tratan estos conceptos. Los alumnos egresan, por lo general, con escaso o ningún conocimiento para el abordaje o tratamiento de personas discapacitadas. Según la Organización Mundial de la Salud (2000), las dos terceras partes de la población deficiente no reciben atención bucodental alguna. Así mismo, con base a lo investigado a nivel nacional en una de las organizaciones de Venezuela para la atención de niños con retardo mental como lo son Avepane y Acapane, se observó que no se han realizado hasta la actualidad la aplicación de programas educativos en niños con retardo mental para la prevención de caries dental.

Además, en lo que se refiere al Instituto de Educación Especial Carabobo, los niños presentan condiciones bucales deficientes, por lo cual surge la necesidad de implantar programas de educación y prevención en relación a la salud odontológica, la cual debe tener características distintas a las aplicadas a niños con coeficiente intelectual normal, para ello se deben aplicar técnicas según la esfera educativa en la que se encuentren, que faciliten la atención y aprendizaje de los niños con retardo mental de leve a moderado para así fomentar la higiene bucal y evitar la aparición de la caries dental. Los niños con retardo mental pueden disfrutar de la vida al igual que todo el mundo. No se debe olvidar, según lo señala Becchi (op.cit.), que un retardado mental puede llegar a ser un niño normal excepto en el plano de la inteligencia.

De lo anterior, surge la pregunta: ¿Cuál será la eficacia de un programa de prevención de la caries dental en niños con retardo mental?

### **Objetivos de la Investigación**

## **Objetivo General**

Proponer un Programa de Prevención de la caries dental en niños con retardo mental de leve a moderado en el Instituto de Educación Especial Carabobo durante el año escolar 2007 -2008.

## **Objetivos Específicos**

- Diagnosticar la factibilidad de aplicar un programa de prevención de caries dental en niños con retardo mental de leve a moderado.
- Determinar las condiciones de higiene bucal de los niños asistentes al Instituto de Educación Especial Carabobo-
- Diseñar el programa de prevención de caries dental para niños con retardo mental de leve a moderado aplicado en el Instituto de Educación Especial Carabobo.

## **Justificación de la Investigación**

El presente trabajo se encuentra ubicado en el Área Prioritaria de Salud Pública, ya que ésta abarca estudios de prevención atención y restauración de la salud bucal en la comunidad. Esta investigación se enmarca en el Área de Investigación Educación en Salud Odontológica en el Sub-Área de Educación Comunitaria Preventiva. La Línea de Investigación es Atención al Paciente en Condiciones Especiales ya que ésta se encarga en ayudar a solucionar eficazmente la problemática odontológica desde una visión integral educativo-preventivo-asistencial, a fin de coadyuvar a una buena salud bucal.

Por esta razón, tiene importancia teórica ya que permite darle a conocer al odontólogo las medidas que debe tener en cuenta en el momento de la atención odontológica en niños con retardo mental basándose en métodos de enseñanza

establecidos para dichos niños facilitando así su adaptación a la consulta odontológica. Y a nivel institucional serán beneficiados los niños de este centro de educación especial así como también se le brindará herramientas a los representantes y docentes encargados de los mismos para que continúen impartiendo conocimientos sobre la higiene oral.

Al mismo tiempo, mientras se les apliquen estas Técnicas Educativas en prevención, se les brindará las herramientas necesarias para la mejoría de la higiene bucal y, por consiguiente, la prevención de futuras patologías bucales, beneficiando así a los niños especiales que son objeto en este estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Antecedentes de la Investigación**

El retardo mental es una condición que no sólo afecta a la persona que lo padece si no también a sus familiares y entorno social, por esta razón se debe prestar la suficiente atención a este padecimiento, prestándole servicios especializados. Por lo tanto, en Venezuela se han tomado en cuenta las necesidades académicas para la población con retardo mental siendo esto objeto de estudio.

Por otro lado, **Escobar** (2001), refiere como un taller que postula el juego como una alternativa para la enseñanza de medidas de higiene oral en niños con retardo mental, donde determinaron que dicha técnica es efectiva ya que despierta el interés de estos niños, además sirve para el despertar de un conocimiento significativo para ellos.

Por lo que, se ha mencionado en los párrafos anteriores sobre los estudios realizados con niños especiales y el cuidado de su higiene se puede

notar la importante contribución de los mismos al demostrar que la implementación de programas dirigidos a la prevención y mantenimiento de hábitos de higiene bucal en estos niños trae resultados positivos .

Además, esto implica que el profesional de la odontología y el docente pueden seleccionar estrategias creativas que ayuden y motiven al niño con retardo mental a desempeñarse con éxito en la adquisición y mantenimiento de su cuidado personal, específicamente su higiene bucal.

Además, **Quijano y Díaz** (2003), realizaron un estudio comparativo entre la prevalencia de caries dental en niños con síndrome de down en edades comprendidas entre 3 y 6 años que asistían a diversos centros educativos en la zona metropolitana de Lima Perú, donde concluyeron que existía una mayor prevalencia de caries dental y un ceo mayor en los niños con síndrome de down que los niños normales.

Por su parte, **Herrera** (2004), realizó una revisión bibliográfica y destacó las consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve, donde resalta que en los niños con discapacidad mental se presentan numerosos problemas de salud bucal debido a la mala higiene bucal, la dieta blanda y las dificultades para el tratamiento, la proporción de caries dental en estos niños aumenta, el estado periodontal es pobre y los problemas bucales en ellos son más severos por las anomalías dentales que presentan.

Con base en lo antes mencionado, concluyó que los niños con discapacidad mental la prevalencia y severidad de los problemas de salud bucal son muy elevados y los principales factores de riesgo para la salud bucal en estos niños son la higiene bucal deficiente y la pobre educación higiénico sanitaria, por lo tanto, en esta población más que en ninguna otra es de vital importancia la prevención y la educación donde el papel decisivo corresponde a los padres, a la familia, auxiliados por los educadores y el equipo de salud.

Por otra parte, dentro de las investigaciones realizadas sobre este problema, se puede mencionar lo que refiere **Fernández** (2005), quien realizó un estudio de tipo observacional y descriptivo donde se realizó el diagnóstico de salud bucal en niños con retardo mental, utilizando una muestra de 84 niños a los cuales se les realizó la historia clínica y el control de placa dentobacteriana, donde al diagnosticar los problemas de salud bucal en los niños estudiados, se encontró que la caries dental afectó al 81% y la enfermedad periodontal (gingivitis) al 73 %, al clasificar los niños según

su estado de salud bucal, todos estaban afectados, excepto dos. El 54% resultó gravemente afectado y de ellos el 89 % presentó una información higiénica sanitaria bucal no satisfactoria, concluyendo así que un gran número de niños se clasificó como gravemente afectado, y de ellos la mayoría no tenía información higiénica sanitaria bucal satisfactoria, así también, la mala higiene bucal y la dieta cariogénica fueron los factores de riesgo que predominaron en estos niños.

En resumen, se puede observar que según las investigaciones antes mencionadas existen dentro de la población de niños con retardo mental importantes problema de higiene oral como lo es la placa dental con la consecuente aparición de la caries dental, ya teniendo estos es ahora importante destacar la necesidad de programas preventivos donde el niño con retardo mental sea incluido para el tratamiento y prevención de caries dental dentro de su comunidad así como también destacar la necesidad de la participación de padres representantes y maestros en la lucha para la preservación de la salud bucal de estos niños.

## **Bases Teóricas**

### **Retardo Mental**

Según la asociación Estadounidense para el estudio de deficiencias mentales (citado por Woolfolk, 2000), el retardo mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual real; se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio que coincide con restricciones relacionadas en dos o más de las siguientes áreas de destrezas adaptativas: de comunicación, de cuidado personal, de vida familiar, destrezas sociales, actividades en la comunidad, de auto manejo, de

salud y seguridad, de funcionamiento académico, de administración del tiempo libre y de trabajo, manifestados antes de los 18 años.

Por lo común, la función intelectual se mide con pruebas de coeficiente intelectual (CI) en las que se considera que una clasificación de corte de 70 a 75 indica retardo mental, no obstante cabe destacar que para diagnosticar retardo mental no basta con una clasificación de CI inferior del intervalo 70 a 75; para ello además el niño debe presentar problemas de conducta adaptativa, en la vida cotidiana independiente y en el funcionamiento social.

Así mismo, Wolfolk (op. cit.), realiza ciertas recomendaciones para enseñar a estudiantes con retardo mental:

1. Determinar la disposición del niño, independientemente de lo poco que pueda saber, tal vez esté preparado para dar el siguiente paso.

2. Presentar los objetivos que se pretenden desarrollar de manera sencilla.

3. Presentar el material en pequeños y lógicos pasos; antes de pasar al siguiente paso hacer que el niño practique lo suficiente.

4. Trabajar en destrezas y conceptos básicos que se funden en las demandas de la vida adulta.

5. No se salte pasos. Los niños con inteligencia promedio pueden formar puentes conceptuales de un paso a otro, pero los niños con retardo necesitan que se hagan explicaciones a cada paso y cada puente en lugar de esperar que el niño vea las conexiones hágalas por él.

6. Prepararse para presentar la misma idea de muchas maneras diferentes.

7. Si el niño no lo está siguiendo retroceder a un nivel más simple.

8. No utilizar materiales que ofendan al estudiante. Es posible que un chico de secundaria requiera el vocabulario sencillo de historietas para niños más pequeños, pero le resultarán insultantes los personajes y el contenido de la historia.

9. Se debe ser especialmente cuidadoso en motivar al estudiante y mantener su atención.

10. Concentrarse en la enseñanza de unas cuantas conductas o destrezas en forma que tanto el instructor o el docente como el estudiante cuenten con la oportunidad de tener éxito. Todos necesitan reforzamiento positivo.

11. Se debe estar consciente que los alumnos con retardo mental necesitan aprender, repetir y practicar mucho más que los niños con inteligencia promedio. Es necesario que se les enseñe a estudiar, revisar y practicar con mayor frecuencia en diferentes entornos sus destrezas recién adquiridas.

12. Fundamente los objetivos específicos de aprendizaje en un análisis de fortalezas y debilidades en el niño para aprender.

Dentro de este marco, la OMS (1992), clasifica el retardo mental en:

✓ **Leve:** Puede desarrollar habilidades de comunicación y sociales; retraso en áreas sensoriomotoras; a menudo pasan desapercibidos hasta edades más tardías. Pueden lograr un desarrollo académico hasta el 6° curso de primaria a los 18 o 19 años; puede lograr integrarse en la sociedad. Normalmente puede conseguir habilidades sociales y laborales adecuadas, pero puede necesitar ayuda y consejo cuando se encuentre en situaciones de estrés social fuera de lo normal.

✓ **Moderado:** Puede hablar o aprender a comunicarse con un vocabulario limitado; desarrolla conciencia social; desarrollo motor; progresa en el entrenamiento de autocuidados; puede manejarse con supervisión moderada. Puede progresar en el aprendizaje de habilidades ocupacionales y sociales; improbables que progrese más allá del 2° curso de primaria; puede aprender a viajar sólo en lugares familiares. Puede conseguir mantenerse en un trabajo no especializado o semi-especializado bajo condiciones de protección; necesita supervisión y guía para hacer frente a un estrés social o económico.

✓ **Grave:** Desarrollo motor escaso; lenguaje mínimo; generalmente incapaz de progresar en el aprendizaje; poca o ninguna capacidad de comunicación. Puede hablar o aprender a comunicarse; puede aprender los hábitos de higiene elemental; incapaz de aprender un oficio. Puede contribuir parcialmente a su mantenimiento bajo supervisión completa; puede desarrollar habilidades de autoprotección en un nivel mínimo pero útil en un entorno controlado.



Sin embargo, según **Parra** (2003), en la política de educación especial para el entonces Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (1997), no se adopta la clasificación de la Asociación Americana de Retardo Mental de 1992, por considerar que aún enfatiza en el coeficiente intelectual y la descripción de las dimensiones emocional, social, ambiental, física y de salud, bajo una concepción médica y conductual que limita el trabajo educativo de estas personas utilizando entonces los calificativos *mayor o menor compromiso cognitivo*, medido por una escala de desarrollo con situaciones de aprendizaje en ambientes o contextos naturales.

Así mismo, **Parra** (op. cit.), apunta que la persona con retardo mental, sigue las mismas pautas de desarrollo cognitivo de cualquier niño o joven, pero con ritmo y características distintas, ya que en algunos casos el individuo se comporta en ciertas áreas o dimensiones cognitivas de la misma forma que cualquier persona, aún cuando, en otras áreas, no se evidencie tal retardo si no una manera particular de interactuar con el ambiente que es distinto a otras personas de igual o menor edad. Estos indicadores hacen sospechar la existencia de un déficit específico responsable del funcionamiento particular en algunos aspectos cognitivos. Estas diferencias pueden ser compensadas a través de una atención educativa integral temprana y con métodos educativos especializados.

En cuanto, a las *causas del retardo mental* la ONG Actitud (2002), refiere que el retardo mental puede ser causado por condiciones que impiden el desarrollo del cerebro antes del nacimiento, durante el parto o en los primeros años de vida, dentro de estos factores se tienen: Condiciones genéticas; estos resultan de anomalías en los genes heredados por los padres, errores al cambiar los genes y otros desórdenes causados por infecciones durante el embarazo, anomalías cromosómicas han sido relacionadas a otras formas de retardo, como el Síndrome de Down y el Síndrome de la X frágil, complicaciones durante el embarazo; el consumo de alcohol o drogas por parte de la madre, complicaciones durante el parto, después del parto existen enfermedades que pueden causar retardo mental como son la tos ferina, varicela, sarampión; la pobreza en niños puede traer como consecuencia el retardo mental a

causa de una deficiente nutrición, condiciones infecto – contagiosas producidas por un inadecuado proceso médico y peligros de salud ambiental entre otros.

Así mismo, según la investigación citada anteriormente sugiere que la falta de estos y muchos estímulos más, pueden también resultar en daños irreparables y causar a la vez, retardo mental, también, se ha determinado que el temprano cuidado prenatal y exámenes postnatales rigurosos han resultado efectivos en la prevención de la incidencia del retardo mental.

Por su parte, el programa del Departamento de Educación de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador-UPEL y el Instituto Pedagógico de Caracas-IPC (1996), agrega que las personas con retardo mental presentan gran heterogeneidad de características que no le permiten alcanzar procesos de aprendizaje a través de programas de la Escuela Regular, por lo tanto debe implantarse una atención sustitutiva y permanente. Ahora bien, lo que caracteriza a las personas con retardo mental, son sus diferencias en el funcionamiento cognitivo, cuyas funciones se encuentran comprometidas en menor o mayor grado haciéndole funcionar diferente al resto de las personas de su mismo grupo, tanto en su relación como en su entorno, como en la adquisición de conocimiento.

También, en el proceso de enseñanza-aprendizaje hay que tener en cuenta lo que un alumno es *capaz de hacer* y aprender en un momento determinado, dependiendo del estadio de desarrollo operatorio en que se encuentre (según las teorías de Piaget, citado por Escobar, 2001).

La concreción curricular que se haga ha de tener en cuenta estas posibilidades, no tan sólo en referencia a la selección de los objetivos y de los contenidos, sino, también en la manera de planificar las actividades de aprendizaje, de forma que se ajusten a las peculiaridades de funcionamiento de la organización mental del alumno.

Por otro lado, según Díaz Barriga y Hernández Rojas (2002), la metacognición es el saber que se desarrolle durante el proceso y/o producto del conocimiento de la tarea y la estrategia. El individuo se va formando a partir de las percepciones y comprensiones que desarrollan y sus tareas se

refieren a la reflexión sobre el tipo de problema que se va a tratar de resolver, significa por tanto, averiguar el objetivo de la tarea, si es familiar o novedoso y cual es su nivel de dificultad. En cuanto a las estrategias, sugiere el conocimiento acerca de ellas que pueden ayudar a resolver la tarea.

Al respecto, la metacognición regula el uso eficaz de estrategias, en primer lugar, para que un individuo pueda poner en práctica una estrategia, antes debe tener conocimientos de estrategias específicas y saber como, cuando y porque debe usarla. En segundo lugar, mediante su función autorreguladora la metacognición hace posible observar la eficacia de las estrategias elegidas y combinarlas según las demandas de las tareas.

Aunque estos dos aspectos están muy relacionados; el primero, el conocimiento del propio conocimiento, surge más tarde en el niño que la regulación y el control ejecutivo, ya que este último depende más de la situación y la actividad concreta. Se ha de establecer una diferencia entre lo que el alumno es capaz de hacer y aprender sólo y lo que es capaz de hacer y aprender con ayuda de otras personas, observándolas, imitándolas, siguiendo sus instrucciones o colaborando con ellas.

Por su parte, la distancia entre estos dos puntos, que Vygotsky (citado por Escobar, op. cit.) llama *Zona de Desarrollo Próximo (ZDP)*, porque se sitúa entre el nivel de desarrollo efectivo y el nivel de desarrollo potencial, delimita el margen de incidencia de la acción educativa. En efecto, lo que un alumno en principio únicamente es capaz de hacer o aprender con la ayuda de otros, podrá hacerlo o aprenderlo posteriormente él mismo. La enseñanza eficaz es pues, la que parte del nivel de desarrollo efectivo del alumno, pero no para acomodarse, sino para hacerle progresar a través de la zona de desarrollo próximo, para ampliar y para generar, eventualmente nuevas zonas de desarrollo efectivo.

## **Modelamiento**

Wolfock (op cit), hace referencia al modelamiento como una alternativa cuando los estudiantes no logran obtener reforzamiento porque en primer lugar no es capaz de mostrar la destreza y no reciben reforzamiento por su trabajo ya que el producto final de sus esfuerzos no es lo bastante bueno.

Así pues, destaca que el *Modelamiento* implica reforzar cada pequeño avance hacia una meta o conducta deseada; conocido también como *Aproximaciones Sucesivas* que son pequeños componentes que constituyen una actividad compleja.

Por otra parte, Wolfock (op. cit) menciona que para emplear el modelamiento se deben descomponer en una serie de pequeños pasos la conducta compleja que se espera que el estudiante domine al final. Una forma de identificar estos pequeños pasos es el *Análisis de Tareas* que es un sistema para descomponer jerárquicamente una tarea en las destrezas y subdestrezas básicas; y la *Práctica Positiva* que es una estrategia para ayudar a los estudiantes a remplazar una conducta con otra, por lo que resulta apropiada para corregir errores cuando los estudiantes cometen un error deben corregirlo lo mas pronto posible y practicar la respuesta correcta, .es posible aplicar el mismo principio cuando los estudiantes rompen reglas; así en lugar de castigarlos se les puede pedir que practiquen la acción correcta.

### **Técnica Psicoeducativa para la Atención Odontológica del Individuo con Necesidades Especiales**

Es el procedimiento de atención odontológica aplicado a los individuos con necesidades de atención especial, que resulta al determinar sistemáticamente los parámetros derivados de la condición de salud enfermedad general y bucomaxilofacial por un lado y su condición psico-socio-educativa por el otro, y a través del cual se logra la aplicación

adecuada del tratamiento requerido de acuerdo a las características así determinadas. Se pueden clasificar según lo observado en el Cuadro1.

### **Cuadro 1**

#### **Clasificación odontológica del paciente con necesidades de atención especial.**

Tipo I Requiere variaciones en el abordaje	Alteraciones neurológicas, conductuales y/o sensoriales	Retardo mental Autismo Superdotado Sordo Ciego y maltrato infantil
Tipo II Requiere variación en la aplicación de las técnicas odontológicas	Alteraciones sistémicas, agudas y crónicas	Trastornos Hematológicos, metabólicos, renales, cardíacos, respiratorios, digestivos, inmunológicos
Tipo III Requiere variaciones en el abordaje y en la aplicación de las técnicas odontológicas	Alteraciones neurológicas y/o físicas no sensoriales.	Trastornos convulsivos Trastornos motores Alteraciones craneofaciales

**Nota.** Tomado de Loaiza (S.f.).

**Nivel Psicoeducativo:** Se refiere a la situación cognitiva que expresa el individuo derivado de las características conductuales del momento de su desarrollo neuro-evolutivo.

#### **Clasificación de los Niveles Psicoeducativos**

De acuerdo a Loaiza (S.f.) se clasifican en:

Lactancia menor	Adolescencia
Lactancia mayor	Adultez
Prescolaridad	Ancianidad
Escolaridad	

#### **Esfera Psicoeducativa**

Se refiere a la situación cognitiva que expresa el individuo con necesidades especiales con déficit intelectual, deriva de su condición de salud-enfermedad general y/o de su condición psico-socio-educativa y que nos permite determinar el procedimiento de comunicación efectiva para lograr aplicar la técnica de abordaje y tratamiento odontológico adecuado a dicha condición.

### **Clasificación de las Esferas Psicoeducativas**

Según Yajaira Loaiza (op. cit), las esferas son: educable, entrenable y condicionable, para cada una de ellas se usa una técnica psicoducativa específica (Ver Cuadro 2).

#### **Cuadro 2**

##### **Esfera psicoeducativa y técnica a emplear.**

ESFERA	TÉCNICA PSICOEDUCATIVA
Educable	Explicativa, Narrativa, Visual e imitativa
Entrenable	Visual, percepción de la experiencia Imitativa gratificación
Condicionable	Condicionamiento Operante

**Nota.** Tomado de: Loaiza (sf).

En lo que respecta, las estrategias de aprendizaje abordan las microestrategias y las macroestrategias; las primeras actúan ante un problema de tarea específica y su adquisición por el estudiante con un nivel muy limitado de generalización a otros problemas o tareas nuevas, las macroestrategias tiene por objetivo el conocimiento y comprensión de los propios mecanismos de aprendizaje (Tapia y Curla, citado por Escobar, op. cit.).

### **Microestrategias**

Para Tapia y Curla (citado por Escobar, op. cit.), las microestrategias se dividen en:

➤ **Estrategias de repetición.** Son un conjunto de procedimientos cuya misión consiste en mantener, de forma literal y fidedigna las informaciones registradas del exterior. Ejemplo: copia, repetición, rutinación de conductos. Están indicadas cuando la temática es nueva para el estudiante y necesita adquirir una información previa, libre de contaminaciones, a partir del cual realiza manipulaciones cognitivas o bien cuando el contenido requiere una reproducción exacta y precisa (se enseñan a través de la práctica y ejercitación guiada).

➤ **Estrategias de elaboración.** Son técnicas específicas que sirve para establecer conexiones entre la nueva información y los conocimientos previos. Son técnicas de estudio y trabajo intelectual como: subrayado, toma de apuntes y notas, diagramas y mapas conceptuales. Están indicadas cuando se trata de adquirir contenidos que deben de reelaborarse de forma personal para obtener una interpretación significativa de los mismos.

## **Macroestrategias**

Entre las macroestrategias, para Tapia y Curla (citados por Escobar), señalan las siguientes:

➤ **Estrategias de organización.** Procedimientos empleados en la ordenación o categorización de datos o acontecimientos, como lo relativos a orden temporal, espacial o procedural (conceptos, redes semánticas, principios, modelos, procedimientos o diagramas de decisiones), actitudes y valores o jerarquías. La enseñanza de estas estrategias a de basarse en el conocimiento y dominio de sistemas de representación de datos.

➤ **Estrategias de regulación.** Procedimientos de planificación y evaluación que hacen posibles el acceso conciente a las habilidades cognitivas utilizadas para procesar la información. Se puede enseñar siguiendo un enfoque metacognitivo de la didáctica de las diferentes materias en el cual se analiza el proceso seguido por un alumno o por un experto para aprender algo.

### Cuadro 3

#### ***Clasificación de los tipos de estrategias de aprendizaje (basada en Pozo, 1990)***

Proceso	Tipo de estrategia	Finalidad u objetivo	Técnica o habilidad
Aprendizaje memorístico	Recirculación de la información	Repaso simple	Repetición simple y acumulativa
		Apoyo al repaso (seleccionar)	Subrayar
			Destacar
			Copiar

**Nota.** Tomado de: Pozo et al (1990), p. 5.

### Cuadro 3 (cont.)

Proceso	Tipo de estrategia	Finalidad u objetivo	Técnica o habilidad
Aprendizaje significativo	Elaboración	Procesamiento simple	Palabras claves, rimas, imágenes mentales, parafraseo
		Procesamiento complejo	Elaboración de interferencias, resumir analogías, elaboración conceptual



		Clasificación de la información	Uso de categorías
	Organización	Jerarquización y organización de la información	Redes semánticas Mapas conceptuales Uso de estructuras textuales
Recuerdo	Recuperación	Evocación de la información	Seguir pistas Búsqueda directa

**Nota.** Tomado de: Pozo etat (1990), p. 5.

La ejecución de estrategias de aprendizaje ocurre asociado con otro tipo de recursos cognitivos de que dispone cualquier aprendiz; diversos autores concuerdan con la necesidad de distinguir entre varios tipos de conocimientos que posee y se utiliza durante el aprendizaje y Flavell y Wellman (citado por Díaz Barriga y Hernández Rojas, 2001).

### **Modificabilidad Cognoscitiva Estructural**

Feuerstein y Bolívar (2000), conceptualizan la modificabilidad cognoscitiva estructural como los cambios producidos en el individuo después de una intervención específica y un programa de enseñanza, sobre una actitud que no se encontraría limitada a una sola tarea o a una sola función, si no que afectara en forma significativa la totalidad del funcionamiento mental del individuo. Así mismo, destacan características muy importantes en el proceso de mediación de la modificabilidad cognoscitiva estructural como lo son:

La *intencionalidad*, donde se crea en el niño un estado de vigilancia, de centrarse en mí, de enfocarme; y la intención cambia el estímulo.

Así también, la *trascendencia* donde se hace referencia a lo importante de la satisfacción de las metas y que el niño busque significados, además la *regulación del comportamiento* por que se enseña al niño como regular el

comportamiento en forma combinada, por ejemplo con las dificultades, la interacción que se presente con el objeto, si se debe hacer lenta o rápidamente. También, el *sentido de competencia* a través del cual se le trasmite al niño la sensación de sentirse competente.

Ahora bien, básicamente esta modalidad de la interacción de la experiencia de aprendizaje a través de mediador, activa en el individuo capacidades para utilizar adecuadamente en su interacción con el mundo.

### **Caries Dental**

La caries dental ha sido definida por como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente por la acción bacteriana según Schuster (1990), propone que la caries dental se refiere a la enfermedad en la cual los tejidos duros del diente son modificados y eventualmente disueltos. Otros autores la definen como la descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra el proceso histoquímico y bacteriano el cual termina con descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica. La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de carbohidratos de la dieta por microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato así como el transporte hasta el medio ambiente circundante, esta desmineralización es irreversible y puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros.

Así también, existen numerosas evidencias que han permitido demostrar que la placa dental es un pre-requisito indispensable para la iniciación de la caries dental y la enfermedad periodontal.

## **Aspectos Psicológicos en Prevención**

Una de las dos infecciones bucales de mayor importancia a nivel mundial es la caries dental, puede ser controlada por individuos preparados para adoptar conductas preventivas adecuadas, es por ello que la disminución en la prevalencia de estas infecciones depende más de una correcta educación para la salud que de la tecnología clínica. Aunque esto resulta lógico existe una gran cantidad de profesionales que dan mayor importancia a la intervención clínica que a las medidas preventivas, el fracaso en cambiar el comportamiento del cuidado bucal es visto en general como culpa del paciente por una falta de cumplimiento con los regímenes preventivos. Los sociólogos han estudiado el concepto de cumplimiento y han sugerido que se trata de un problema multifactorial.

Así también, generalmente las actividades preventivas han sido vistas desde la perspectiva de cumplimiento, el término cumplimiento tiene de hecho cierto tono peyorativo e implica que los profesionales de la salud esperen obediencia y aceptación de sus instrucciones por parte de los pacientes, se trata de una definición con un punto de vista orientado del odontólogo en lugar de ser visto desde el punto de vista del paciente. Este modelo de relación odontólogo paciente es el tipo autoritario: el doctor da las órdenes al paciente, el cual se supone debe cumplirlas, la actitud propuesta del paciente es sumisa, las conductas previas o actuales del paciente en cuanto a su cuidado en el hogar no son investigadas. (Seif ,1997).

Además, el tratamiento de la caries dental así como de otras enfermedades requiere de un alto nivel de auto cuidado por parte del paciente. Las actividades de la vida diaria necesitan de auto cuidado como bañarse, cepillarse, son ejemplos que describen comportamientos habituales auto-iniciados, auto-mantenidos y auto-monitoreados. Son parte del proceso de socialización del niño junto a ciertas formas suplementarias de educación para la salud.

Por otra parte, Seif (op. cit.), señala que la motivación y la Fuerza de voluntad son dos términos frecuentemente utilizados en temas relacionados con cambios de la conducta, cuando se refiere a la motivación como algo externo suele ser la manera clásica como se le explica al paciente las consecuencias negativas o positivas que se generan a partir de determinada conducta, el problema con ésta es su utilidad únicamente en aquellas situaciones en la que el paciente carece de información y no conoce ni entiende la naturaleza de su enfermedad. En estos casos, la información por se no lleva cambios de conducta estables en el tiempo; ahora bien, la otra manera de referirse a la motivación es como una cualidad interna del individuo, donde existe el verdadero deseo o disposición para intentar el cambio; para que exista una motivación interna el individuo debe entender el problema y sentir la necesidad de afrontarlo así como también sentirse dueño del problema.

De la misma manera, lo primero que se debe identificar en el paciente es la causa por la que está fallando. Se trata de una falta de deseo al cambio, de una falla en su destreza para lograr el cambio o una combinación de ambas. Si se identifica una falla de destreza, se debe idear un programa de tipo instrucción para enseñar al paciente a adquirir las habilidades necesarias. Por otra parte si se observa que el paciente posee destreza, pero existe una falla en su higiene entonces existe un problema de motivación, en este caso se debe aclarar la disposición que tiene el paciente a ser sometido al cambio de sus hábitos de autocuidado.

Por otra parte, según Rodríguez (2005), son ya tradicionales los conceptos sobre prevención expuestos por Leavell y Clark, el primer nivel de prevención corresponde a la promoción de salud de una forma general. Según estos principios, el mantenimiento de la salud bucal infantil correspondería al segundo nivel de prevención, es decir, sería una protección específica frente a los elementos creadores de una patología en la boca del niño. Ambos niveles constituyen la prevención primaria.



**Figura 1. Niveles de prevención según Leavel y Clark.** Tomado de: Rodríguez (2005), p. 7.

Así mismo, no sería posible cubrir los objetivos preventivos en estos niveles (Figura 1) sin un conocimiento de lo considerado normal en el individuo. En el niño la normalidad es un proceso dinámico y cambiante que acompaña al crecimiento y la maduración de todas las estructuras. En pocos años se producen grandes variaciones en el peso y en la talla, las proporciones corporales cambian y simultáneamente hay desarrollo del lenguaje, de la personalidad y de las habilidades motoras e intelectuales. Al planificar el mantenimiento de la salud bucal infantil es imprescindible reconocer si se está ante una situación de normalidad o no. Instaurar programas preventivos inadecuados al desarrollo motor, a la capacidad de comprensión o la actitud, no tendrán la eficacia necesaria para el logro de los objetivos planteados en dicho plan de salud bucal.

De la misma manera, en la práctica, se hace necesario instaurar también programas de prevención secundaria, que representan el tercer nivel de Leavel y Clark y corresponden a las acciones de diagnóstico y tratamiento precoces. Por último, la prevención terciaria se realizará en un estado avanzado de la enfermedad y correspondería al cuarto nivel, encaminado a limitar la incapacidad; y al quinto, destinado a rehabilitar la función.

Por otra parte, Según Rodríguez (op. cit.) en el momento del nacimiento el niño normalmente, no tiene dientes. Es durante esta etapa cuando los dientes comienzan a erupcionar y al final de ella han terminado su erupción, por lo tanto es un buen momento para iniciar la formación de los padres y/o educadores en los aspectos más relevantes relacionados con la salud bucal. Los dientes temporales son fundamentales en la masticación, en la estética, en el aprendizaje correcto de la pronunciación, ayudan a mantener el espacio para los futuros dientes. Las caries no sólo son causa de dolor si no que son procesos infecciosos mantenidos que pueden conducir a alteraciones en la formación del diente permanente y además producir infecciones graves a distancias como cardiopatías.

La prevención, en este grupo etario está fundamentalmente dirigida a controlar hábitos nocivos frecuentes como el uso del biberón, el tetero y la succión digital. También ha enseñarles a consumir una dieta saludable, pobre en azúcares y explicarles que la higiene dental debe comenzar en esta etapa conjuntamente con la erupción de los dientes. Enseñarles el cepillado correcto a los padres y permitirle a los niños ya al final de la etapa ejecutar por si solos el cepillado con una frecuencia de cuatro veces al día (después del desayuno, después del almuerzo u otra comida y antes de acostarse).

Al respecto, Fierro y Vegas (2000), destacan que se deben seguir las siguientes indicaciones:

1. Exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos.
2. Control de placa dentobacteriana a niños de 2 – 4 años.
3. Educación para la salud a las personas en contacto con los menores y a los niños de 2 – 4 años.
4. Atención a las madres de niños menores de un año.
5. Atención a las educadoras de círculos infantiles y personal de las vías no formal.
6. Aplicación de flúor a los niños de 2 – 4 años.

## 7. Tratamientos curativos a los afectados.

Por otra parte referente a la prevención, estos autores realizan ciertas recomendaciones para planes de política social, dentro de estas consideraciones se pueden destacar:

- El niño debe ser atendido de acuerdo a sus propios derechos formulados a través de los congresos, normas y leyes establecidas por la constitución y estatutos venezolanos.

- El niño debe ser atendido a través de políticas que tengan en cuenta sus necesidades vitales y su derecho a que éstas sean satisfechas, donde las políticas sean formuladas de forma coherente, que garanticen su continuidad y evaluación.

- Establecer canales de permanente comunicación entre los planificadores, ejecutores, y evaluadores de políticas y programas.

- Coordinar el aporte de los diferentes organismos (instituciones públicas o privadas)

- Es imprescindible preparar al personal voluntario incluido los padres, como aporte insustituible en esta labor de esfuerzos y voluntades

- Proporcionar la investigación y discusión permanente de los problemas relacionados con la infancia, para que planes y programas sean dinámicos y se adapten a las condiciones culturales, políticas y económicas del país en su natural evolución.

## **Bases Legales**

### **Normas COVENIN**

Según el Artículo 3°, el Principio de Igualdad y no Discriminación, las disposiciones de esta Ley se aplican por igual a todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna fundada en motivos de raza, color, sexo, edad, idioma, pensamiento, conciencia, religión, creencias, cultura, opinión política o de otra índole, posición económica, origen social, ético o nacional, discapacidad, enfermedad,

nacimiento o cualquier otra condición del niño o adolescente, de sus padres, representantes o responsables, o de sus familiares.

También, se encuentra el Artículo 4°, en el cual se estima que el gobierno tiene toda la responsabilidad de tomar medidas de cualquier índole que sean necesarias y apropiadas para asegurar que todos los niños y adolescentes disfruten plena y efectivamente de sus derechos y garantías. Pero también, es un deber (según el artículo 5°) de la familia hacerse responsable, de forma prioritaria, inmediata e indeclinable y asegurar a los niños y adolescentes el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías, el Estado debe asegurar políticas, programas y asistencia apropiada para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres y las madres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones. El Estado, con la actividad participación de la sociedad, debe asegurarles:

- a) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;
- b) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;
- c) Campañas permanentes de difusión, orientación y promoción social dirigidas a la comunidad sobre su condición específica, para su atención y relaciones con ellos.

En cuanto al derecho a un Nivel de Vida Adecuado (artículo 30°), todos los niños y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su desarrollo integral. Este derecho comprende, entre otros, el disfrute de:

- a) Alimentación nutritiva y balanceada, en calidad y cantidad que satisfaga las normas, de la dietética, la higiene y la salud;
- b) Vestido apropiado al clima y que proteja la salud;
- c) Vivienda digna, segura, higiénica y salubre, con acceso a los servicios públicos esenciales.

Textualmente, señala el artículo 30 que:

**Parágrafo Primero:** Los padres, representantes o responsables tienen la obligación principal de garantizar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, el disfrute pleno y efectivo de este derecho. El Estado, a través de políticas públicas, debe asegurar condiciones que permitan a los padres cumplir



con esta responsabilidad, inclusive mediante asistencia material y programas de apoyo directo a los niños adolescentes y sus familias.

**Parágrafo Segundo:** Las políticas del Estado dirigidas a crear las condiciones necesarias para lograr el disfrute del derecho a un nivel de vida adecuado, deben atender al contenido y límites del mismo, establecidos expresamente en esta disposición.

**Parágrafo Tercero:** Los niños y adolescentes que se encuentren disfrutando de este derecho no podrán ser privados de él ilegal o arbitrariamente.

## **Organización Mundial de la Salud (OMS)**

El propósito fundamental de la legislación de salud mental es el de proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar mental de los ciudadanos. Si es innegable que toda sociedad necesita leyes para lograr sus objetivos, la legislación de salud mental no es diferente de cualquier otra legislación.

Por esta razón, las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos. La legislación que protege a los ciudadanos vulnerables (incluyendo a las personas con trastornos mentales) es el reflejo de una sociedad que respeta y se preocupa por su gente. La legislación progresista puede ser una herramienta efectiva para promover el acceso a la atención en salud mental, como también promover y proteger los derechos de las personas con trastornos mentales.

Sin embargo, la existencia de legislación de salud mental no garantiza por sí misma el respeto y la protección de los derechos humanos. Irónicamente, en algunos países, en particular cuando la legislación no ha sido actualizada por muchos años, la legislación de salud mental ha resultado en la violación –en lugar de la promoción– de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Esto se debe a que mucha de la legislación de salud mental adoptada originalmente tenía el propósito de proteger a la sociedad en general de pacientes considerados

“peligrosos”, y de aislarlos, más que el de promover los derechos de las personas con trastornos mentales como personas y como ciudadanos.

Tanto en países de alto como de bajo ingreso, la estigmatización de las personas con trastornos mentales ha persistido a lo largo de la historia, y se ha manifestado en la generación de estereotipos, el miedo, la vergüenza, el enojo y el rechazo o elusión. Las violaciones de derechos humanos y libertades básicas y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a aquellas personas que sufren de trastornos mentales son un suceso común alrededor del mundo, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad.

Por esta razón, Arboleda-Flórez (2001), reseña que el abuso físico, sexual y psicológico es una experiencia cotidiana para muchas personas con trastornos mentales. Además, estas personas se enfrentan con una injusta denegación de oportunidades laborales y con discriminación en el acceso a servicios, seguros de salud y políticas de vivienda. Muchos de estos hechos no son denunciados, y por ello esta carga no ha sido debidamente cuantificada. Añade que, la legislación de salud mental, representa un medio importante para llevar a cabo las metas y objetivos de una política. Una política de salud mental comprensiva y bien concebida debe abordar cuestiones críticas tales como:

- El establecimiento de instalaciones y servicios de salud mental de alta calidad;
- El acceso a atención de calidad en salud mental;
- La protección de los derechos humanos;
- El derecho de los pacientes a recibir tratamiento;
- El desarrollo de protecciones procedimentales sólidas;
- La integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad,
- La promoción de la salud mental en la sociedad.

Por lo tanto, la legislación de salud mental y otros mecanismos legales, tales como reglamentaciones o declaraciones, pueden ayudar a lograr estas metas, al proveer una estructura legal para su implementación y aplicación.

En otro sentido, la legislación puede ser empleada como marco para el desarrollo de una política. Puede establecer un sistema de derechos exigibles que protejan a las personas con trastornos mentales de la discriminación y de otras violaciones a sus derechos humanos por parte del gobierno y de entidades privadas, y garantizar un tratamiento justo e igualitario en todas las áreas de la vida. La legislación puede establecer un mínimo de calificaciones y destrezas para la acreditación de profesionales de la salud mental, y estándares mínimos relativos al personal para la acreditación de instituciones de salud mental.

Además, puede crear obligaciones positivas de mejora de la atención, tratamiento y apoyo en salud mental. Por otra parte, las protecciones de carácter legal pueden ser extendidas a través de leyes de aplicación general o de legislación especializada, específicamente dirigida a las personas con trastornos mentales.

También, quienes diseñan políticas públicas en el gobierno (en el nivel nacional, regional o local), el sector privado y la sociedad civil –que tal vez hayan mostrado reticencia a la modificación del *status quo*- pueden verse obligados a hacerlo, sobre la base de un mandato legal; otras personas que pueden haber sido limitadas en la posibilidad de desarrollar políticas progresistas pueden recibir apoyo a través de cambios legislativos.

Por ejemplo, las disposiciones legales que prohíben la discriminación contra las personas con trastornos mentales pueden inducir a quienes diseñan políticas a desarrollar nuevas políticas para la protección contra la discriminación, mientras que una ley que promueva el tratamiento comunitario como alternativa al internamiento involuntario en hospitales puede ofrecer a quienes diseñan políticas una flexibilidad mucho mayor para crear e implementar nuevos programas de base comunitaria.

En contraste, la legislación de salud mental también puede tener el efecto contrario, e impedir la implementación de nuevas políticas de salud mental en virtud del marco legal existente.

De la misma manera, las leyes pueden inhibir la realización de objetivos de una política pública, al imponer requisitos que dificulten o directamente impidan las modificaciones de la política deseada. Por ejemplo, en muchos países, las leyes que no incluyen disposiciones relativas al tratamiento en la comunidad han dificultado la implementación de políticas de tratamiento comunitario de las personas con trastornos mentales.

Aún los marcos legales permisivos, pueden obstaculizar estas políticas, debido a la ausencia de facultades de efectiva implementación. La formulación de políticas y la legislación son abordajes complementarios para la mejora de la atención y los servicios de salud mental, pero si no hay también voluntad política, recursos adecuados, instituciones que funcionen adecuadamente, servicios de apoyo comunitario y personal bien entrenado, la mejor política y la mejor legislación tendrán escaso significado. Por ejemplo, la legislación sobre integración en la comunidad mencionada antes no tendrá éxito si los recursos destinados al desarrollo de instituciones comunitarias, servicios y programas de rehabilitación son insuficientes.

Si bien es cierto, la legislación puede aportar ímpetu para la creación de esas instituciones, servicios y programas, los legisladores y quienes diseñan políticas públicas deben dar adecuado seguimiento al proceso para llevar a cabo el pleno beneficio de los esfuerzos hacia la integración comunitaria. Todas las políticas de salud mental requieren de apoyo político para asegurar que la legislación sea correctamente implementada. También se requiere de apoyo político para modificar la legislación ya aprobada cuando sea necesario corregir situaciones no previstas que puedan socavar los objetivos de la política en cuestión.

En resumen, la legislación y la política de salud mental están estrechamente ligadas. La legislación de salud mental puede influir el

desarrollo y la implementación de la política, aunque lo contrario también puede ser cierto. La política de salud mental tiene como base un marco legal que le permite lograr sus metas, y proteger los derechos y mejorar las vidas de las personas afectadas por retardo mental.

Por una parte, de acuerdo con los objetivos de la Carta de las Naciones Unidas y de otros acuerdos internacionales, los derechos humanos constituyen una de las bases fundamentales para la legislación de salud mental. Entre los derechos y principios más importantes se encuentran la igualdad, la prohibición de discriminación, el derecho a la privacidad y a la autonomía personal, la prohibición de tratos inhumanos y degradantes, el principio del ambiente menos restrictivo de la libertad y los derechos a la información y a la participación. La legislación de salud mental es una poderosa herramienta para codificar y consolidar estos valores y principios fundamentales.

De igual modo, la imposibilidad de acceder a servicios de atención constituye una infracción al derecho de toda persona a la salud, y el acceso puede ser incluido en la legislación. Este apartado presenta una serie de razones interrelacionadas en favor de la necesidad de legislación de salud mental, con especial énfasis en las cuestiones de derechos humanos y acceso a servicios.

### *Discriminación y Salud Mental*

La legislación es necesaria para evitar la discriminación contra las personas con retardo mental. Comúnmente, la discriminación adopta muchas formas, afecta áreas fundamentales de la vida y, se la reconozca o no, es omnipresente. La discriminación puede tener impacto sobre el acceso de una persona al tratamiento y atención adecuados, como sobre otras áreas de la vida, como el empleo, la educación y la vivienda. La imposibilidad de integrarse adecuadamente en la sociedad como consecuencia de estas

limitaciones puede aumentar el aislamiento experimentado por una persona, las políticas que exacerban o ignoran el estigma asociado con la enfermedad mental puede hacer aún más grave esta discriminación.

Como resultado de esta situación, la persona puede cometer errores o verse imposibilitado de desarrollar adecuadamente su trabajo, y ser entonces despedida por incompetencia o incapacidad para llevar a cabo las funciones encomendadas. La discriminación puede ocurrir también contra personas que no padecen en absoluto de trastornos mentales, si se los percibe erróneamente como portadores de esos trastornos, o si alguna vez experimentaron trastornos mentales en el pasado.

De modo que, bajo el derecho internacional, la protección contra la discriminación va mucho más allá de la simple prohibición de la denegación o exclusión explícita o intencional de oportunidades a las personas con discapacidad; incluye también aquella la legislación que tiene el efecto de privar a alguien de derechos y libertades (ver, por ejemplo, artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Naciones Unidas).

### *Violaciones de Derechos Humanos*

Una de las razones más importantes que hacen vital la legislación de salud mental orientada por los derechos humanos es la violación pasada y presente de estos derechos. En diferentes momentos y lugares, miembros de la población, algunas autoridades de salud y aun trabajadores de la salud han violado (y en algunas instancias siguen violando) los derechos de las personas con trastornos mentales de manera flagrante y abusiva.

Así como también, en muchas sociedades, la vida de las personas con trastornos mentales es extremadamente dura. La marginación económica sólo explica parcialmente este fenómeno: la discriminación y la ausencia de protección legal contra el tratamiento impropio y abusivo son importantes factores concurrentes. Las personas con trastornos mentales son

frecuentemente privadas de su libertad por períodos de tiempo prolongados sin respeto del debido proceso (aunque a veces también por causa de un indebido proceso: por ejemplo, se permite la detención sin estricta limitación temporal o sin informes periódicos).

Con frecuencia, se las somete a trabajos forzados, se las abandona en instituciones en pésimas condiciones o se las priva de atención médica básica. También están expuestas a la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, que incluyen la explotación sexual y el abuso físico, frecuentemente en instituciones psiquiátricas.

Además, algunas personas admitidas y tratadas en instituciones de salud mental permanecen allí el resto de su vida, contra su voluntad. Las cuestiones relacionadas con el consentimiento para el ingreso y para el tratamiento son ignoradas, y no siempre se efectúan evaluaciones independientes relacionadas con el discernimiento suficiente para consentir.

Igualmente, las personas con trastornos mentales son vulnerables a las violaciones tanto dentro y fuera del contexto institucional. Por ejemplo, existen casos de personas que han sido encerradas en espacios de confinamiento, atadas a árboles y abusadas sexualmente, incluso en el ámbito de sus propias comunidades y aun de sus familias.

### *Promoción del Acceso a Servicios de Salud Mental e Integración en la Comunidad*

Varios tratados e instrumentos internacionales subrayan el derecho fundamental a la atención sanitaria, incluyendo la atención en salud mental. Sin embargo, en muchos lugares del mundo, los servicios de salud mental tienen un presupuesto bajo, son inadecuados, y no son fácilmente accesibles para las personas que los necesitan.

Además, según Funk y Drew (2006), en algunos países latinoamericanos casi no hay servicios, mientras que en otros los servicios

sólo son accesibles para algunos segmentos de la población. Los trastornos mentales afectan a veces la capacidad de las personas para tomar decisiones relacionadas con su salud y conducta, y esto puede causar dificultades adicionales al momento de procurar y aceptar el tratamiento necesario.

También, expresan estos autores que la legislación puede asegurar que los servicios de salud mental y otros servicios sociales proporcionen atención y tratamientos adecuados, cuando y donde sea necesario. Puede ayudar a hacer los servicios de salud mental más accesibles, aceptables y de calidad adecuada, ofreciendo así a las personas con trastornos mentales mejores oportunidades para ejercer su derecho a recibir tratamiento adecuado. Por ejemplo, la legislación o las reglamentaciones complementarias pueden incluir una declaración de responsabilidad:

- Desarrollar y mantener servicios comunitarios;
- Integrar los servicios de salud mental en los servicios de atención primaria en salud;
- Integrar los servicios de salud mental con otros servicios sociales;
- Proporcionar atención a las personas que no puedan tomar decisiones relativas a su salud debido a su trastorno mental;
- Establecer requisitos mínimos sobre el contenido, el alcance y la naturaleza de los servicios;
- Asegurar la coordinación de los diferentes tipos de servicios;
- Desarrollar estándares sobre dotación de personal y recursos humanos;
- Establecer estándares de calidad de la atención y mecanismos de control de calidad; y
- Asegurar la protección de los derechos individuales y promover actividades de apoyo y defensa entre los usuarios de servicios de salud mental.



Igualmente, según Funk y Drew (op.cit.), muchas políticas progresistas en materia de salud mental han buscado incrementar las oportunidades para que las personas con trastornos mentales puedan vivir vidas satisfactorias en la comunidad. La legislación puede respaldar este objetivo si: (a) previene la institucionalización inadecuada; y (b) proporciona instituciones, servicios, programas, personal, protecciones y oportunidades adecuadas, que permitan a las personas con trastornos mentales desempeñarse adecuadamente en la comunidad.

Así como también, la legislación puede jugar un papel importante en el intento de asegurar que una persona que sufre trastornos mentales pueda participar en la comunidad. Los pre-requisitos para dicha participación incluyen el acceso a tratamiento y atención, un ambiente propicio, vivienda, servicios de rehabilitación (por ejemplo, entrenamiento laboral y desarrollo de habilidades de convivencia), empleo, protección contra la discriminación e igualdad, y derechos civiles y políticos (por ejemplo, el derecho a votar, a conducir automóviles y a acceder a los tribunales de justicia). Todos estos servicios y protecciones comunitarias pueden ser implementados a través de la legislación.

Por supuesto, el nivel de los servicios a los que se pueda acceder dependerá de los recursos de un determinado país. La legislación que contenga disposiciones poco realistas, que no puedan llevarse a la práctica, se tornará poco efectiva e imposible de implementar. Además, es frecuente que los servicios de salud mental queden postergados en relación con otros servicios de salud, o no se proporcionen de manera apropiada o efectiva en términos costo beneficio. Del mismo modo, la legislación puede significar una gran diferencia en la tarea de asegurar la paridad de los servicios de salud mental, con otros servicios de salud, y en la de asegurar que los servicios proporcionados se adecuen a las necesidades de la gente.

Al mismo tiempo, la provisión de seguros médicos es otra de las áreas donde la legislación puede jugar un papel facilitador. Según Funk y Drew

(op.cit.), en muchos países latinoamericanos, los seguros médicos excluyen la atención en salud mental, u ofrecen niveles más bajos de cobertura por períodos más cortos de tiempo. Éste viola el principio de accesibilidad al discriminar y crear barreras económicas al acceso a servicios de salud mental. Al incluir disposiciones relativas a los seguros médicos, la legislación puede asegurar que las personas con trastornos mentales estén en condiciones de pagar el tratamiento que requieran.

### *Convenciones Internacionales Relacionadas con la Salud Mental*

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (2000), también obligatoria, contiene disposiciones sobre derechos humanos relevantes para los niños y adolescentes. Esto incluye la protección contra toda forma de abuso físico y mental; la prohibición de discriminación; el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; la consideración del interés superior del menor; y el respeto de la opinión del niño. Algunos de sus artículos son particularmente relevantes en material de salud mental.

Según el artículo 23, reconoce que los niños con discapacidades mentales o físicas tienen derecho a disfrutar una vida plena y decente, en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten su participación activa en la comunidad. Con base en lo referente al artículo 25, se reconoce el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento para su atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Igualmente, en el artículo 27, se reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Así como también el Artículo 32, reconoce el derecho del niño a estar protegido contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso

o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

### *Declaración de Caracas (1990)*

La Declaración de Caracas (1990), adoptada como resolución por un grupo de legisladores, profesionales de la salud mental, líderes de derechos humanos y activistas a favor de los derechos de las personas con discapacidad reunidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 1990), tiene importantes implicancias para la estructura de los servicios de salud mental.

Así mismo, la Declaración señala que la confianza exclusiva en la internación en hospitales psiquiátricos como forma de tratamiento aísla a los pacientes de su ambiente natural, y genera mayor discapacidad. La Declaración establece un nexo fundamental entre servicios de salud mental y derechos humanos, al concluir que los servicios de salud mental anticuados ponen en peligro los derechos humanos de los pacientes.

Así se tiene que, la declaración pretende promover los servicios de salud mental comunitarios e integrados, y sugiere una reestructuración de la atención psiquiátrica existente. Señala que los recursos, la atención y el tratamiento de las personas con discapacidad deben garantizar su dignidad y derechos humanos, proporcionar un tratamiento adecuado y racional, y destinar esfuerzos para mantener a las personas con trastornos mentales en sus comunidades. Además, dispone que la legislación de salud mental deba garantizar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y que los servicios deban organizarse de manera de asegurar el efectivo cumplimiento de esos derechos.

### *Estándares Técnicos de la OMS*

En 1996, la OMS desarrolló los Diez Principios Básicos sobre Legislación de Atención en Salud Mental como una interpretación ulterior de los Principios EM, y como guía para asistir a los países en el desarrollo de leyes de salud mental. En 1996, la OMS también desarrolló Directrices para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales, herramienta destinada a comprender e interpretar los Principios EM y a evaluar las condiciones de derechos humanos en instituciones.

Es así como, los Diez Principios Básicos de la Legislación de Atención en Salud Mental:

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales
2. Acceso a atención básica en salud mental
3. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente
4. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental
5. Autodeterminación
6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación
7. Existencia de procedimientos de revisión
8. Mecanismo de revisión periódica automático
9. Cualificación del personal que toma decisiones

Con todas estas medidas legales antes mencionadas se establecen reglas y parámetros a seguir en la educación de personas con enfermedades y discapacidades que ayudan a la protección de las mismas y les otorgan el derecho a la educación con los estándares necesarios para personas con discapacidades

### **Definición de Términos**

**Estrategias educativas para la caries dental:** son un conjunto de procedimientos cuya misión consiste en mantener, de forma literal y fidedigna las informaciones registradas del exterior (estrategia de repetición) así como también se

utiliza como planificación y evaluación que hacen posibles el acceso conciente a las habilidades cognitivas utilizadas para procesar la información.

**Higiene Bucal:** Es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud bucal

**Índice de placa de O'Leary:** este índice es el resultado de la suma del número de superficies cubierto por placa y dividido por el número total de superficies presentes en boca y multiplicado por 100.

**Retardo mental leve:** el individuo puede desarrollar habilidades de comunicación y sociales; retraso en áreas sensoriomotoras; a menudo pasan desapercibidos hasta edades mas tardías. Pueden lograr un desarrollo académico hasta el 6° curso de primaria a los 18 o 19 años; puede lograr integrarse en la sociedad. Normalmente puede conseguir habilidades sociales y laborales adecuadas, pero puede necesitar ayuda y consejo cuando se encuentre en situaciones de estrés social fuera de lo normal.

**Retardo mental moderado:** el individuo puede hablar o aprender a comunicarse con un vocabulario limitado; desarrolla conciencia social; desarrollo motor; progresa en el entrenamiento de autocuidados; puede manejarse con supervisión moderada. Puede progresar en el aprendizaje de habilidades ocupacionales y sociales; improbables que progrese más allá del 2° curso de primaria; puede aprender a viajar solo en lugares familiares. Puede conseguir mantenerse en un trabajo no especializado o semi-especializado bajo condiciones de protección; necesita supervisión y guía para hacer frente a un estrés social o económico.

### **Categorías de Estudio**

## Categorías

*Categoría 1: Nivel de retardo mental:* el retardo mental se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio que compromete al individuo en actividades adaptativas y cognoscitivas y dependiendo de cuan afectadas estén estas habilidades se determinará el nivel del mismo como leve, moderado y severo.

Categoría 2: **Prevención de la caries dental:** índice de placa toma en cuenta el número de caras de dientes presentes cubiertas por placa.

## Cuadro 4

**Tabla de Especificación de la Propuesta.**

OBJETIVO GENERAL	CATEGORIAS	DIMENSIONES	CRITERIOS E INDICADORES
	1) Nivel de retardo mental	Retardo mental leve	-Tipo de habilidades de comunicación -Tipo de habilidades sociales -Grado de retraso en áreas sensoriomotoras
Proponer un Programa de Prevención de Caries dental en niños con retardo mental de leve a moderado en el Instituto de Educación Especial Carabobo		Retardo mental moderado	-Grado de vocabulario -Nivel de desarrollo motor; -Progreso en el entrenamiento de autocuidados; -Progreso en el aprendizaje de habilidades ocupacionales
	2) Prevención de	Índice de Placa de O'leary	Leve: 0-1 Moderado: 2-3

Caries dental:

---

Severo: Más de 3

Estrategias  
educativas para  
prevenir la caries  
dental

-Modificabilidad  
cognoscitiva estructura-

-Modelamiento

-Micro estrategias

-Macro estrategias

-Estrategias  
psicoeducativas

---

Higiene Bucal

Manejo de Técnica de  
Higiene bucal

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

Este capítulo se dedicó a explicar los procedimientos que se utilizaron durante el desarrollo del estudio ya que gracias a dichos procedimientos es que se pudo recolectar la información necesaria para el correcto desempeño del mismo, por esta razón se dedicó esta sección a la definición de todos esos procedimientos.

#### **Tipo y Diseño de la Investigación**

Para llevar acabo correctamente la realización de una investigación Tamayo y Tamayo (citado por Corral, 2006), recomendaron esclarecer que

tipo de investigación se realizó para evitar equivocaciones en la elección adecuada para un procedimiento específico; basado en lo antes mencionado se presenta esta investigación como una propuesta, según Orozco, Labrador y Palencia (2002), las propuestas son proyectos para resolver o satisfacer necesidades fundamentadas en la experiencia del investigador. Es producto de expertos y fruto de la planificación ejecutiva sin diagnóstico sistemático ni participación de los entes involucrados siendo un ejemplo de estos la planificación de un programa.

Por otra parte, Cerda (1991), describió el diseño de investigación como el conjunto de decisiones, pasos esquema y actividades a realizar en el curso de la investigación.



En cuanto a lo mencionado y según los objetivos perseguidos por la investigación, se realizó una investigación con un diseño no experimental ya que no se manipulan deliberadamente las variables, observando los fenómenos tal cual se dan en su contexto natural y luego se analizan; transversal por tomarse las muestras de una o más muestras de una sola vez en un momento único de cualquier evento (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 1991; Orozco, Labrador y Palencia, 2002).

### **Población y Muestra**

Según Leedy (citado por Corral, 2006), la población o universo de datos “...consiste en la totalidad de los datos que se encuentran dentro de parámetros especificados” (p.11). Se considera un universo y observación de poblaciones, cuando se tiene un conjunto numérico muy grande para analizar, según Yara (1990). En este estudio se tomó como población a los niños asistentes a la Institución de Educación Especial Carabobo.

Así mismo, Pentti (2007), expresó que no se puede trabajar con todos los elementos de la población sino que se realiza sobre un subconjunto de la misma. Este subconjunto puede ser una muestra, cuando se toman un determinado número de elementos de la población, sin que en principio tengan nada en común; se limita deliberadamente el número de casos en el estudio. Hay un riesgo que los hallazgos del estudio no son verdades para algunos de los casos fuera de la muestra, pero este riesgo a menudo se puede calcular y restringir en un nivel tolerable.

Al respecto, algunos autores como Busot (citado por Labrador, 2006), señaló que una muestra del 30% es suficientemente representativa, para muestras aleatorias o al azar. Por lo tanto, para la selección de los niños se tomaron en cuenta ciertos criterios de selección, considerando como característica principal el retardo mental de leve a moderado. La muestra que se utilizó fue el 30% de la población representada por 40 niños con retardo mental sin ningún otro síndrome asociado.

El tipo de muestra es probabilística ya que determinan las características de la población, el tamaño de la muestra y a través de una selección aleatoria y/o mecánica de las unidades de análisis. Se utilizó el muestreo aleatorio simple donde todas las unidades que componen el universo son conocidas y tienen igual probabilidad de ser seleccionadas en la muestra, utilizando específicamente el método de lotería.

### **Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Según Manrique (2004), los métodos de recolección de datos se pueden definir como el medio a través del cual el investigador se relaciona con los participantes para obtener la información necesaria que le permita lograr los objetivos de la investigación. De modo que para recolectar la información hay que tener presente la selección de un instrumento de medición, el cual debe ser válido y confiable para poder aceptar los resultados, aplicar dicho instrumento de medición, organizar las mediciones obtenidas, para poder analizarlos.

Por su parte, este autor señaló a la observación como el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia. Al igual que con los otros métodos, previamente a la ejecución de la observación el investigador debe definir los objetivos que persigue, determinar su unidad de observación, las condiciones en que asumirá la observación y las conductas que deberán registrarse. Cuando se decide utilizarla hay que tomar en cuenta ciertas consideraciones. Como método de recolección de datos, debe ser planificado cuidadosamente para que reúna los requisitos de validez y confiabilidad. Se le debe conducir de manera hábil y sistemática y tener destreza en el registro de datos, diferenciando los aspectos significativos de la situación y los que no tienen importancia.

En este sentido, se utilizó una Guía de Observación (Anexo B, Cuadro 3), para registrar los datos de interés observados por los investigadores.

## Instrumentos

- Guía de observación: Según Hernández Sampieri y otros (2006), es un instrumento para recolectar los datos, prediseñado sobre la base de la revisión de la literatura o construido especialmente para el estudio. (Anexo B, cuadro 3)

Así pues, la guía de observación se realiza con el fin de recolectar información acerca del índice de placa de los niños, así como de otras aptitudes que poseen para seguir instrucciones y realizar su higiene bucal, como el cepillado dental, uso del enjuague bucal

- Consentimiento informado (Anexo A)

## Cuadro 5

### Matriz de operacionalización del instrumento (Guía de Observación)

<b>OBJETIVO</b>	<b>DEFINICION DEL CONSTRUCTO</b>	<b>DIMENSIÓN DEL CONSTRUCTO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>
Proponer un Programa de Prevención de la caries dental en niños con retardo mental de leve a moderado del instituto de educación especial Carabobo	Prevención de caries dental	Índice de placa	Calcular el índice de placa de O'leary	8
			Seguimiento de instrucciones	1,2
		Higiene bucal	Manejo de Técnicas de Higiene Bucal	3 al 7

## Normas para la Investigación Bioética en Seres Humanos

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1997), compromete al médico con las palabras "la salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica (1997), declaró que "un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente" (p. 10).

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad. En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la que en último término, debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos. En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación. Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos.

Éstas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son sólo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de sus propios países.

## ***Principios Básicos***

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.

3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.

5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se

consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.

8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.

10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hacen imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional. Cuando el menor de edad está de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

## **Validez y Confiabilidad**

### **Validez**

Según Hernández Sampieri y otros (op.cit), la validez es el grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que busca medir; la validez de

contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide.

### *Juicio de Expertos*

Según Reyes (2001), La principal ventaja de la observación en el campo de las ciencias del hombre radica en que los hechos son percibidos directamente, sin ninguna clase de intermediación, colocándonos ante una situación tal como ésta se da naturalmente. De este modo, no se presentan las distorsiones que son usuales en las entrevistas, como la subjetividad del objeto investigado. Otra ventaja es que la conducta se describe en el momento exacto en que está ocurriendo.

Además, las observaciones se pueden realizar independientemente de que las personas estén dispuestas a cooperar o no, a diferencia de otros métodos en los que se necesita de la cooperación de las personas para obtener la información deseada.

Así también, Hernández Sampieri y otros (op. cit.), destacaron la observación cuantitativa, como método para recolectar datos similares al análisis de contenido; siendo una forma de observación del contenido de comunicaciones verbales y no verbales y a diferencia de la observación cualitativa las variables a observar son especificadas y definidas antes de comenzar la recolección de datos. Se enfoca en información que pueda ser evaluado por medio de sentidos (datos visuales, auditivos, producto del tacto y el olfato).

### **Confiabilidad**

Por otra parte, la confiabilidad según Escalona (1997), se puede definir como la capacidad de un producto de realizar su función de la manera prevista. De otra forma, la confiabilidad se puede definir también como la probabilidad en que un producto realizará su función prevista sin incidentes por un período de tiempo especificado y bajo condiciones indicadas. En este caso no es calculada por ser el



instrumento una guía de observación que posee unas características que no pueden ser sometidas a este tratamiento.

## **Procedimiento**

### **Fases**

- Fase I: Para la realización del diagnóstico se aplicó una guía de observación.
- Fase II: Análisis de datos, recolectados en la fase I.
- Fase III: Elaboración del programa de prevención de caries dental, para niños con retardo mental de leve a moderado en el Instituto de Educación Especial Carabobo.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO**

Los datos se recolectaron mediante la aplicación del instrumento especialmente diseñado a una muestra de estudiantes del Instituto de Educación Especial Carabobo con retardo mental de leve a moderado.

Luego de tener los datos se procedió a presentarlos a través de tablas y gráficos que contienen las frecuencias y porcentajes de los ítems observados a los planteamientos realizados por el investigador; permitiendo así ilustrar los hechos estudiados y determinar la tendencia demostrada por los integrantes de la muestra consultada para llevar a cabo la implementación del proyecto.

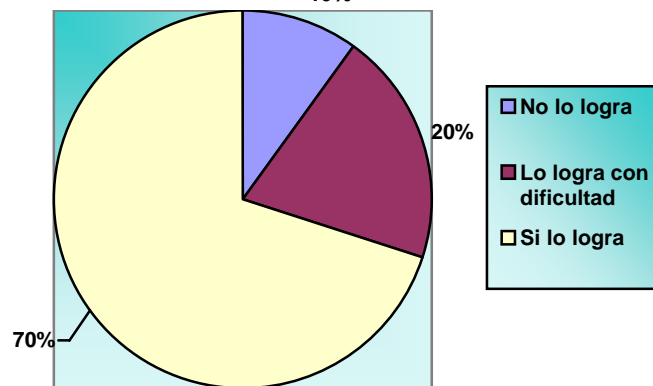
### **Ítem 1**

### **Cuadro 6**

**Distribución de respuestas al ítem: *Presta atención al momento de la explicación.* Valencia, Estado Carabobo. 2008.**

**Nota.** Instrumento aplicado a los estudiantes del Instituto de Educación Especial Carabobo.

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>
No lo logra	4		
Lo logra con dificultad		8	
<i>Sí lo logra</i>			28



**Gráfico1. Distribución de respuestas al ítem: *Presta atención al momento de la explicación.***

### **Análisis del Ítem 1**

De los resultados obtenidos de la recolección de datos mediante la guía de observación se puede destacar que un 70% de los niños de la muestra presta atención al momento de la explicación; 20% lo logra con dificultad y un 10 % no lo logra.

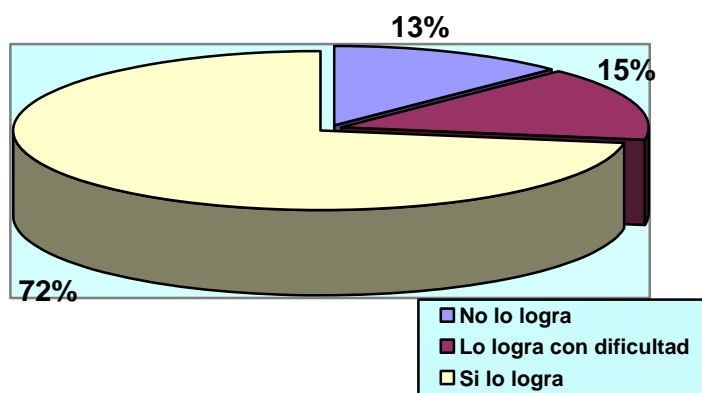
### **Ítem 2**

#### **Cuadro 7**

**Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: *Sigue instrucciones para realizar actividades.* Valencia, Estado Carabobo. 2008.**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>
No lo logra	5		
Lo logra con dificultad		6	
<i>Sí lo logra</i>			29

**Nota.** Instrumento aplicado a los estudiantes del Instituto de Educación Especial Carabobo.



**Gráfico 2. Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: *Sigue instrucciones para realizar actividades.***

### **Análisis del Ítem 2**

En lo que respecta a seguir instrucciones para realizar actividades, el 72% lo logra, 15% lo logra pero con dificultad y sólo 13% de los niños no lo logran.

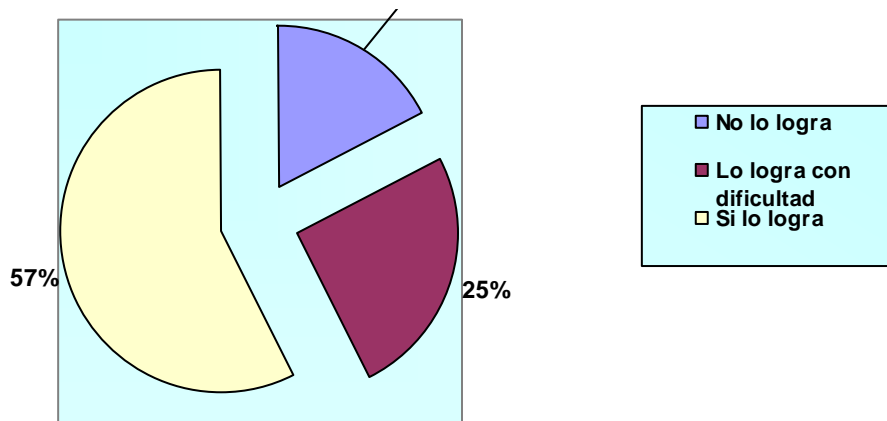
### **Ítem 3**

#### **Cuadro 8**

**Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: *Posee la capacidad de orientarse en el espacio.* Valencia, Estado Carabobo. 2008.**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>
No lo logra	7		
Lo logra con dificultad		10	
<i>Sí lo logra</i>			23

**Nota.** Instrumento aplicado a los estudiantes del Instituto de Educación Especial Carabobo.



**Gráfico 3. Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: posee la capacidad de orientarse en el espacio.**

### **Análisis del Ítem 3**

En lo que se refiere a la capacidad de orientarse en el espacio 52% de la muestra lo logra, 25% lo logra con dificultad y 18% no lo logra.

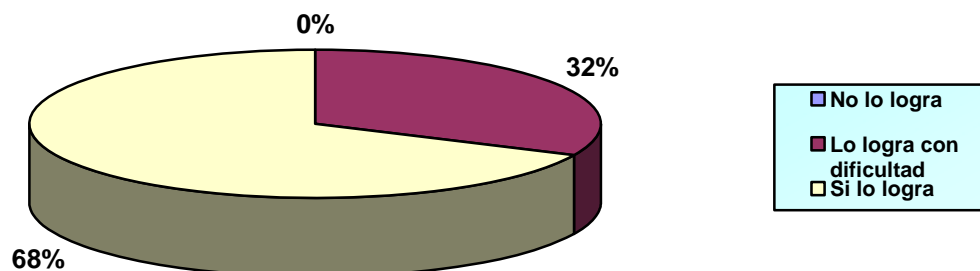
### **Ítem 4**

#### **Cuadro 9**

Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: ***Presenta la capacidad para la aprehensión del cepillo dental.***

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>
No lo logra	<b>0</b>		
Lo logra con dificultad		16	
<i>Sí lo logra</i>			34

Nota. Instrumento aplicado a los estudiantes del Instituto de Educación Especial Carabobo.



**Gráfico 4. Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: presenta la capacidad para la aprehensión del cepillo dental.**

#### **Análisis del Ítem 4**

Mediante los resultados obtenidos en lo que respecta al ítem 4; 68% de la muestra presenta la capacidad para la aprehensión del cepillo, mientras que 30% de los niños lo logran con dificultad y 5% de estos no lo logran

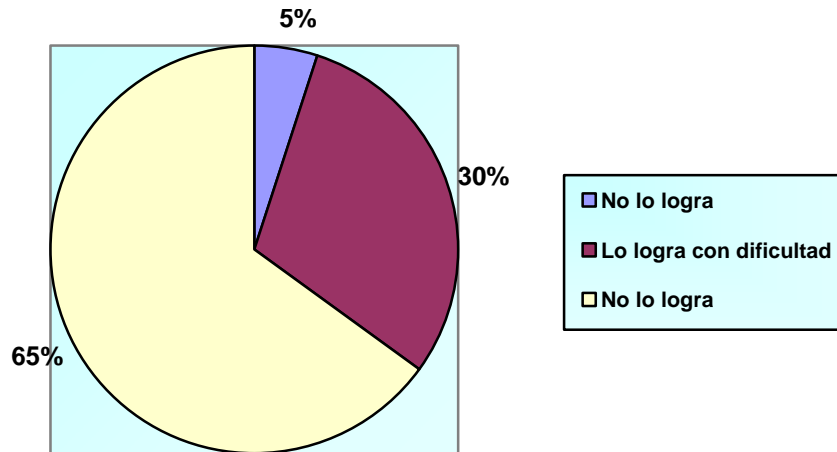
#### **Ítem 5**

#### **Cuadro 10**

**Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: *Acepta el sabor del dentífrico.***

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA
No lo logra	2		
Lo logra con dificultad		12	
<i>Si lo logra</i>			26

**Nota.** Instrumento aplicado a los estudiantes del Instituto de Educación Especial Carabobo en el 2008.



**Gráfico 5. Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: acepta el sabor del dentífrico.**

### **Análisis del Ítem 5**

Dentro del ítem de aceptación del sabor del dentífrico se obtuvo como resultado que 65% logro su aceptación, 30% lo logra con dificultad y 5% no lo logra.

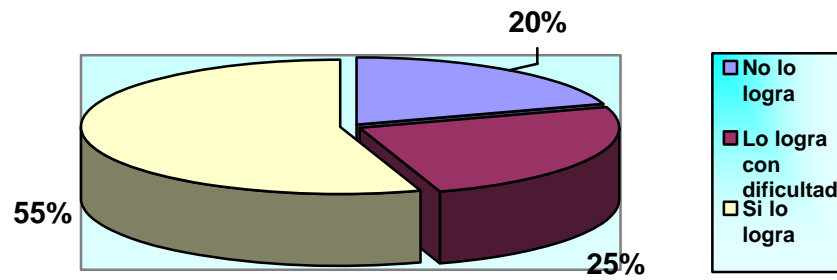
### **Ítem 6**

#### **Cuadro 11**

Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: ***Logra enjuagarse la boca.***

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>
No lo logra	8		
Lo logra con dificultad		10	
<i>Si lo logra</i>			22

Nota. Instrumento aplicado a los estudiantes del Instituto de Educación Especial Carabobo en el 2008.



**Gráfico 6. Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: logra enjuagarse la boca.**

### **Análisis del Ítem 6**

En lo que se refiere al ítem logra enjuagarse la boca 95% de la muestra seleccionada logra enjuagarse y 5% lo logra pero con dificultad.

### **Ítem 7**

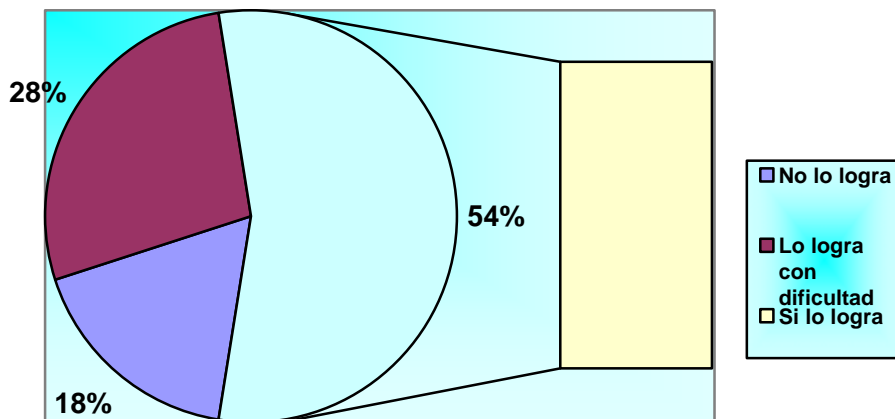
#### **Cuadro 12**

Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: ***Acepta el sabor del enjuague bucal.***

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA
No lo logra	7		
Lo logra con dificultad		11	
Si lo logra			22

Nota. Instrumento aplicado a los estudiantes del Instituto de Educación Especial Carabobo.





**Gráfico 7. Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: acepta el sabor del enjuague bucal.**

### **Análisis del Ítem 7**

En lo que respecta al ítem 7; 54% estos niños acepta el sabor del enjuague bucal, 28% lo logra con dificultad y 18% no lo logra.

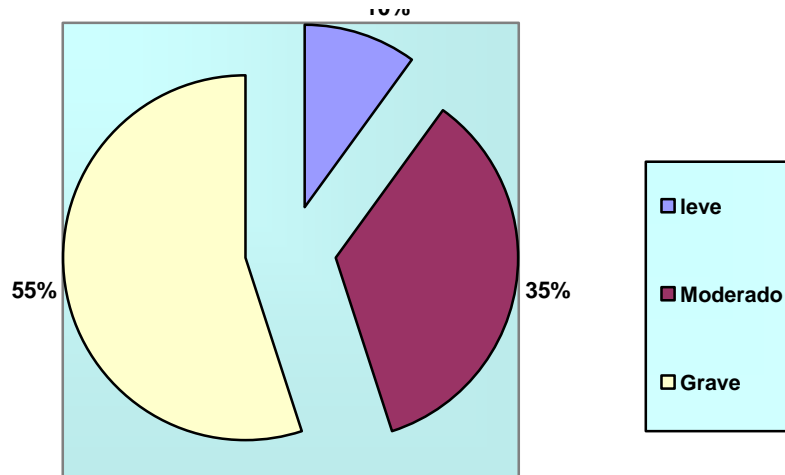
### **Ítem 8**

#### **Cuadro 13**

Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: ***Grado del índice de placa.***

<b>GRADO DEL ÍNDICE DE PLACA</b>			
<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>
Leve: 0-30	4		
Moderado: 30-60		14	
Grave: 60-100			22

Nota. Instrumento aplicado a los estudiantes del Instituto de Educación especial Carabobo.



**Gráfico 8. Distribución del tipo de respuesta otorgada al ítem: grado del índice de placa.**

### **Análisis del ítem 8**

Según los datos recogidos referentes al índice de placa de O'leray de los niños de la muestra, se obtuvo como resultado un 55% grave, 35% moderado y 10% leve.

### **Discusión**

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento especialmente realizado para los niños con retardo mental que asisten al instituto de educación especial Carabobo, arrojó como resultado la presencia de un porcentaje elevado de estos niños con índices de placa clasificados entre grave y moderado que determina una higiene deficiente, así también es importante destacar que un número significativo de esta muestra presentan capacidades, como: orientación en el espacio, aprehensión del cepillo dental y aceptación del dentífrico que los habilitan para poder aplicar una correcta técnica de cepillado siempre que se les den las herramientas necesarias; contrarrestando así esta información con las conclusiones realizadas por

Herrera (op.cit), quien destacó que los niños con discapacidad mental presentan mayor prevalencia y severidad de los problemas de salud bucal debido a la higiene bucal deficiente y la pobre educación higiénico sanitaria, por lo tanto, en esta población más que en ninguna otra es de vital importancia la prevención y la educación donde el papel decisivo corresponde a los padres, a la familia, auxiliados por los educadores y el equipo de salud.

Con relación al objetivo planteado es importante mencionar que la muestra seleccionada demostró que estos niños presentan una higiene bucal que no es la adecuada, permitiendo así diagnosticar la necesidad de implementar un programa de prevención de caries dental

### **Conclusiones**

Una vez realizado el análisis de los resultados obtenidos puede concluirse lo siguiente:

- Se determinó la factibilidad de la aplicación de un programa de prevención al demostrar que los niños de la muestra estudiada son capaces de: prestar atención al momento de la explicación, seguir instrucciones, lograr la aprehensión del cepillo dental y aceptación del dentífrico y enjuague bucal.
- Más de 70% de la muestra estudiada manifestó la condición de “grave” del índice de placa de O’leary, lo que indica una imperiosa necesidad de aplicar un programa de prevención

## **CAPÍTULO V**

### **LA PROPUESTA**

#### **Introducción**

La afección de retardo mental en algunos individuos debe sus alteraciones a la falta de estrategias académicas adecuadas. Cuando se utilizan contextos significativos

y mejoran en el uso de estrategias entonces se difieren poco de las personas sin esta afección, sobre todo en la resolución de los problemas de memorización y en la memoria a corto plazo.

Existen dos tipos de procesos: reconocimiento y evocación y dos tipos de memoria: primaria y secundaria. Las personas con retardo mental no evidencian problemas en el proceso de reconocimiento pero si en el de evocación. Se ha planteado que los problemas de memorización se deben a que les resulta muy difícil ajustar la información que ya poseen a las características variables de la nueva tarea.

Además, las personas con retardo mental a menudo presentan un pobre autoconcepto y una distorsión de su imagen a causa de las continuas experiencias de fracaso, lo cual, en los casos más severos, es expresado en conductas de autoagresión y estereotipos, presentan, ansiedad, miedos y conductas inmaduras, falta de confianza en sí mismo, son personas dependientes, pasivas, con un limitado autocontrol y sus motivaciones son más extrínsecas que intrínsecas; pero todas estas conductas negativas podrían mejorar en la persona si llevan una atención especial de su caso en particular en el momento adecuado; es decir en la infancia cuando todas las conductas son mas susceptibles a ser moldeadas y mejoradas donde se les brinden herramientas necesarias para su auto cuidado y desarrollo personal en su vida diaria, es justo en este momento donde la aplicación de programas con estrategias

educativas para la prevención de caries dental son de suma importancia En este sentido, las estrategias aplicadas en el presente programa pretenden promover un sistema transformador y orientador para niños con retardo mental para crear conciencia de la importancia de la higiene bucal y su influencia en la salud, para una mejor calidad de vida



## PRESENTACIÓN

<p><b>Objetivo Terminal:</b></p> <p>Brindar a la comunidad de niños y niñas con retardo mental, así como a sus padres y maestros, asistente al instituto de Educación Especial Carabobo, las herramientas necesarias para desarrollar actitudes, rasgos y destrezas que les permitan mantener una adecuada higiene oral evitando así la aparición de la caries dental</p>	<p><b>Estrategia :</b></p> <p>Aplicación de estrategias educativas a través de la realización de charlas educativas, a padres, representantes, docentes y alumnos con retardo mental asistentes al Instituto de Educación Especial Carabobo.</p>
<p><b>Justificación:</b></p> <p>La higiene bucal adecuada, tienen gran importancia ya que constituyen elementos de la cultura sanitaria y acciones que, desde el punto de vista de protección de la salud, se transforman en necesidades del individuo y se ejecutan con habitual regularidad. Es por ello que una buena parte de los esfuerzos debe dirigirse a educar a estos niños, y en esta tarea deben participar no sólo los trabajadores de la salud, sino también los padres y educadores. Los familiares a veces se cuestionan si valen la pena los cuidados odontológicos, el profesional debe elevar la estima familiar y buscar mejorar la calidad de vida de estos pacientes.</p> <p>Los padres son el factor más importante en la educación de una persona con alguna discapacidad, son el elemento primordial para su desarrollo en todos los aspectos. El profesional de la salud debe saber como influir en estos niños y enfatizar la ayuda, la atención y el amor de sus padres para lograr un mayor desarrollo, se debe transmitir a estos padres los mensajes de salud que queremos hacer llegar a los niños y hacerlos confiar en que ellos sí pueden ser receptivos a estas enseñanzas. La salud se enriquece cuando la enfocamos desde el punto de vista del grupo familiar. Cuando vislumbra la acción de la familia como un todo sobre cada uno de sus integrantes, la salud adquiere nuevas dimensiones.</p> <p>Por otra parte, los maestros tienen que estar preparados para desarrollar una cultura en salud y un estilo de vida sano en sus alumnos y en la familia. Para ello es indispensable que sepan identificar los factores que influyen en la salud, orientar a sus estudiantes en este sentido y tener presente que por los conocimientos que imparten y por su ejemplo son promotores de salud.</p> <p>Así pues, previo a la elaboración del programa se realizó un estudio de la población de niños y niñas asistente al Instituto de Educación Especial Carabobo, donde mediante a la aplicación de un instrumento de recolección de datos que en este caso fue una guía de observación, se valoraron entre otros tópicos: la técnica de cepillado, la aceptación del sabor del dentífrico, la capacidad del niño para la aprehensión del cepillo dental; recolectándose así información acerca de la higiene bucal de estos alumnos donde los resultados arrojaron que existe un pobre conocimiento acerca de las técnicas de higiene bucal adecuadas; por esta razón se pretende la aplicación de un programa</p>	

que les ayude a corregir sus técnicas de higiene bucal contando con el apoyo y receptividad de los padres, representantes y maestros .

## Descripción de la Propuesta

La primera parte consta del adiestramiento para la capacitación de los maestros en la aplicación del programa (tema A) y se continua con los siguientes temas:

**Tema I:** Ubicación en el Espacio. Se orientará al niño para conocer las situaciones espaciales: arriba, abajo, izquierda, derecha, adelante y atrás.

**Tema II:** Movimientos en Espacio Reducido. Se guiará a través de actividades al participante a coordinar movimientos en espacios reducidos en la dirección indicada en un momento oportuno.

**Tema III:** Presentación del Cepillo. Se mostrara a los participantes el cepillo dental y se guiará para su correcta aprehensión.

**Tema IV:** Cepillado Dental. Se instruirá al participante acerca de la correcta técnica de cepillado para ser aplicada por ellos posteriormente.

**Tema V:** Presentación del enjuague bucal. Se les reforzará la técnica de cepillado y se adiestrará en el uso otros cuidados como el enjuague bucal.

**Tema VI:** Se evocaran los conocimientos de los temas IV y V.

**Tema VII:** ¿Cuándo Cepillarse? Se realizará una dinámica en la cual el niño por asociaciones reconocerá los turnos del día y podrá identificar los momentos adecuados para cepillarse.

**Tema VIII:** Caries dental. Se guiará a los participantes a identificar a la caries como una amenaza para sus dientes y el cepillado como una alternativa para evitar su aparición.

**Tema IX:** Proyecto Sonrisa. Consiste en la presentación por parte de los participantes de los conocimientos adquiridos en el desarrollo del programa a sus padres.





**TEMA A:**

Adiestramiento

**CONCEPTO:**

Etapa del programa destinada a la capacitación del personal responsable de su aplicación

**OBJETIVOS:****Dominar el programa satisfactoriamente**

Los participantes estarán en la capacidad de:

- ❖ Conocer y aplicar una correcta técnica de cepillado.
- ❖ Reconocer la importancia del uso del enjuague bucal para la prevención de la caries dental.
- ❖ Reconocer la importancia de una buena alimentación para evitar la caries dental.
- ❖ Guiar a sus alumnos para aplicar la técnica de cepillado.
- ❖ Reconocer la importancia de su influencia en la creación de hábitos de una buena higiene bucal en sus alumnos.

**ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:**

Mediante una charla se deben tocar los siguientes tópicos:

- Técnica de cepillado.
- Uso del enjuague bucal.
- Importancia de la alimentación para evitar la caries dental.
- La importancia de la influencia del maestro en la formación de hábitos de higiene en los niños y niñas que se encuentran a su cargo.
- Importancia de la prevención de la caries dental.

**CONTENIDO:**

- Técnicas de higiene bucal
- La alimentación.
- Prevención de caries dental.

**ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:**

- Charla educativa.

**MATERIALES REQUERIDOS:**

Material de apoyo para la charla

**EVALUACIÓN:**

Cuestionario en diagrama



## TEMA I: Conocimientos del espacio



### CONCEPTO:

Se refiere a la capacidad de coordinar los movimientos en la dirección indicada en un momento oportuno.

### OBJETIVOS

Al finalizar este programa los niños y niñas deben estar en capacidad de:

- Ubicarse en el espacio (arriba, abajo, izquierda, derecha).
- Ubicar el cepillo, con previas indicaciones en el espacio de la cavidad bucal.

### Estrategias Metodológicas

- ✓ Dibuje con tiza un cuadrado en el piso; repita con el niño los movimientos **Adelante y Atrás** hasta que lo logre solo, luego haga lo mismo en la posición **Izquierda y Derecha**.
- ✓ Párese de frente al niño y suba las manos al momento que emita la voz de **Arriba** y luego las distintas posiciones, **Abajo, Derecha, Izquierda**. Asegúrese que el niño siga sus movimientos hasta que lo logre solo con la orden que reciba.

### CONTENIDO:

Significado de la situación espacial arriba, abajo, izquierda, derecha

### MATERIALES REQUERIDOS:

Tiza

### ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

- Estrategias psicoeducativas: explicativa, narrativa, visual e imitativa.
- Modificabilidad Cognoscitiva Estructural

### EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS:

Antes de iniciar el siguiente tema; asegúrese que el niño realice todas las actividades con un mínimo de 75%, para ello: solicite que realice 5 ejercicios los cuales debe lograr con perfección en un mínimo de 4



## TEMA II:

### Movimientos en Espacio Reducido



### CONCEPTO:

Se refiere a la capacidad de coordinar movimientos en espacios reducidos en la dirección indicada en un momento oportuno.

### OBJETIVOS:

Al finalizar el programa, los niños y niñas deben estar en la capacidad de:

- ❖ Ubicar las diferentes posiciones arriba, abajo, izquierda, derecha en un espacio delimitado.
- ❖ Realizar movimientos circulares.
- ❖ Mejorar su destreza motriz fina.

### ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:

- Dibuje 2 cuadrados de 20 cm. Aproximadamente en una lámina, guíe al participante a realizar movimientos de **Derecha a izquierda** y de **Arriba hacia Abajo** con una brocha utilizando témpera para rellenar en recuadro.
- Dibuje en el pizarrón 2 pares de puntos con una separación de 15 cm. de largo cada uno, indicarle al participante que una los puntos de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.
- Marque 2 pares de puntos con una separación de 15 cm. de ancho cada uno, indicarle al participante que una los puntos de derecha a izquierda y viceversa.
- Dibuje 4 puntos en forma de cruz y guíe al niño a unir los puntos para realizar movimientos circulares.
- Obsequiarle al participante la misma actividad en hojas para agilizar la destreza motriz.

### CONTENIDO:

- Significado de la situación espacial arriba, abajo, derecha, izquierda.
- Motricidad fina.

### ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

- Estrategias Psicoeducativas: Explicativa, Narrativa, Visual e Imitativa.
- Microestrategias: Estrategias de Repetición

### MATERIALES REQUERIDOS:

- Laminas de cartulina.
- Brocha.
- Tempera.
- Pizarra
- Tiza
- Hojas

### EVALUACIÓN:

Antes de iniciar el siguiente tema asegúrese que el niño realice todas las actividades con un mínimo de 75%, para ello: solicite que realice 5 ejercicios de los cuales debe lograr con perfección un mínimo de 4.

### TEMA III:

Presentación del cepillo.



### CONCEPTO:

Se refiere a la capacidad de reconocer el cepillo dental y dominar su aprehensión.

### OBJETIVOS:

Después de la aplicación de este tema los participantes deben estar en capacidad de:

- ❖ Reconocer el cepillo dental.
- ❖ Lograr la correcta aprehensión del cepillo dental.
- ❖ Obtener la destreza para la aplicación de la pasta dental sobre el cepillo.

### ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:

- Entregue al participante una paleta, e indique la aprehensión correcta (simulando un cepillo) para que este la imite, luego guíelo a realizar movimientos de arriba hacia abajo y de derecha a izquierda delimitados por las distancias faciales.
- Luego de obtener la destreza del ítem anterior, simule con la paleta y pintadedos la colocación de la pasta de diente en el cepillo e indique a sus participantes que lo repita.
- Con la ayuda de un macromodelo coloreado con tiza roja imitando la placa dental, realice con el cepillo la demostración de la eliminación de dicha placa con movimientos hacia arriba, hacia abajo y circulares, según corresponda el caso.
- Pedirle al participante que imite la actividad anterior.

### CONTENIDO:

- Aprehensión del cepillo dental
- Motricidad fina.

### ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

- Estrategias Psicoeducativas: Explicativa, Narrativa, Visual e Imitativa.
- Microestrategias: Estrategias de Repetición.

## MATERIALES REQUERIDOS:

Paletas de madera  
Pintaditos  
Macromodelo  
Tiza roja

## EVALUACIÓN:

Antes de iniciar el siguiente tema asegúrese que el niño realice todas las actividades con un mínimo de 75%, para ello: solicite que realice 3 ejercicios de los cuales debe lograr con perfección un mínimo de 2.

## CONTENIDO:

Cepillado Dental  
Técnica de cepillado de Bass modificado.

### Concepto:

El cepillado dental, es una acción mecánica que remueve partículas de comida y placa dental (una capa invisible compuesta de bacterias) que se deposita sobre los dientes y contribuye a causar daños en los dientes.

### Materiales requeridos:

Macromodelo.  
Cepillo dental.  
Pasta dental

### Objetivos:

Después de la aplicación de este tema los participantes deben estar en la capacidad de:

- ❖ Conocer los implementos adecuados para el cepillado
- ❖ Aplicar una correcta técnica de cepillado.

## ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

- Modelamiento.
- Modificabilidad cognitiva y estructural.
- Estrategias Psicoeducativas: explicativa, narrativa, visual e imitativa.

### Evaluación:

Antes de iniciar el siguiente tema; asegúrese que el niño realice todas las actividades con un mínimo de 75%, para ello: solicite que realice 5 ejercicios los cuales debe lograr con perfección un mínimo de 4

## ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:

- Se dan instrucciones para que el participante haga movimientos de estiramiento de su cuerpo donde se recordará la orientación en el espacio (arriba, abajo, delante, atrás, izquierda y derecha).
- Utilizando un macromodelo, se le indica al participante los movimientos que debe realizar con el cepillo dental :iniciar el cepillado del lado superior derecho por vestibular a nivel molar, deslizando suavemente el cepillo sobre las superficies dentales repitiendo 5 veces movimientos cortos arriba-abajo, atrás-adelante continuando con la región de los premolares, la zona canina y dientes anteriores hasta completar todas las hemiarcadas superiores y luego en inferior.
- Se le pide al participante que repita los movimientos anteriores en el macromodelo.  
Se le entrega al niño el cepillo dental con su porcion de pasta y se guía que repita los movimientos dentro de la cavidad bucal 12 veces por cada zona.
- Para reforzamiento positivo se le hace entrega de dibujos para que los pinten



## TEMA V:

### MATERIALES REQUERIDOS:

Presentación del enjuague bucal.  
Cepillo dental  
Pasta dental  
Enjuague bucal

### CONCEPTO:

### OBJETIVOS:

Después de la aplicación de este programa los participantes deben estar en la capacidad de:

- ❖ Recocer el enjuague bucal.
- ❖ Aplicar enjuague bucal después del cepillado dental.

## TEMA VI:

Evocación de los conocimientos IV y V.

### CONCEPTO:

Se recordarán los conceptos y estrategias de higiene bucal tratados en las actividades anteriores.

### CONTENIDO:

-Técnica de cepillado de Bass.  
-Uso del enjuague bucal.

### EVALUACIÓN:

Antes de iniciar el siguiente tema niño realice todas las actividades 100%.



### ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:

- Se le pide al participante que realice la técnica de cepillado de Bass que se le enseñó en las actividades pasadas.
- Se realiza la presentación del enjuague bucal, donde se le indica su función e importancia.
- Con la ayuda de un vaso se le muestra la medida de enjuague bucal y demostración de:
- Se le entrega al participante con el enjuague bucal y se le pide que imite la actividad anterior.



### ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

-Aproximaciones sucesivas: pequeños componentes que constituyen una conducta compleja.  
- Estrategias psicoeducativas: Explicativa, Narrativa, Visual e Imitativa.

## OBJETIVOS:

Después de la aplicación del tema los participantes deben estar en capacidad de:

- ❖ Reconocer el cepillo dental y su adecuada aprehensión.
- ❖ Recordar y aplicar la correcta técnica de cepillado.
- ❖ Reconocer y usar de manera correcta el enjuague bucal.

## ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:

- Con la utilización de un macro modelo, se les pide a los participantes que tomen en cepillo dental y ejemplifique como debe ser el cepillado .
- Para finalizar se les pide a los participantes cepillarse y utilizar el enjuague bucal.
- Entrega del cotillón alusivo al tema.

## CONTENIDO:

Técnica de cepillado de Bass.

## ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

- Estrategias psicoeducativas: Explicativa, Narrativa, Visual e Imitativa.
- Recirculación de la Información.
- Modelamiento.
- Modificabilidad Cognoscitiva Estructural.

## MATERIALES:

Macro modelo  
Cepillo dental  
Pasta dental  
Enjuague bucal

## EVALUACIÓN.

Antes de iniciar el siguiente tema asegúrese que el niño realice todas las actividades con un mínimo de 75%, para ello: solicite que realice 3 ejercicios de los cuales debe lograr con perfección un mínimo de 2.

## TEMA VII:

¡Cuándo Cepillarse?



## CONTENIDO:

Caries dental. ¿Cómo prevenirse?, se indicará los momentos adecuados para el cepillado dental, a e, después de cada comida



## CONCEPTO:

La caries dental es una desmineralización del diente por la acción de bacterias que destruyen el superficie dental (placa bacteriana).

Después de la aplicación del tema los participantes deben estar en la capacidad

## OBJETIVOS:

Después de la aplicación del tema los participantes deben estar en la capacidad de:

- ❖ Identificar la caries dental como una amenaza a sus dientes.
- ❖ Reconocer que cepillándose y utilizando el enjuague bucal evitarán la aparición de la caries.

## ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:

- Mediante asociaciones, se le indica a los participantes la diferencia entre

## ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:

- Con la utilización de un muñeco se realiza una dinámica en la que se explicará que se forma por la comida que queda en los espacios de su vida diaria en cada diente del día por comida en la mañana de la desayunarse y cepillarse y si no se realiza la eliminación de estos los niños realizan a diario.
  - Se muestran mediante gráficos la diferencia entre un diente sano y un diente dañado y se hará énfasis que para mantener los dientes sanos y una sonrisa libre de caries deben cepillarse y utilizar el enjuague bucal.
  - Se le pide nuevamente al paciente que realice la técnica de cepillado correcta y el uso del enjuague bucal.
  - Se entregan los que deben colorear sus alusivos a la actividad y traer en la próxima actividad.
- participante se cepille.

## CONTENIDO:

Turnos del día.

## ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

--Estrategias psicoeducativas: Explicativa, Narrativa, Visual e Imitativa.

--Modificabilidad Cognoscitiva Estructural.

-Microestrategias: estrategias de repetición.

## MATERIALES REQUERIDOS:

Muñeco macro de diente, de alimentos y materiales de ambientación

Cepillo dental

Tabla con turnos del día

Dibujos para colorear

## EVALUACIÓN:

Antes de iniciar el siguiente tema; asegúrese que el niño realice todas las actividades con un mínimo de 75%, para ello: solicite que realice 5 ejercicios los cuales debe lograr con perfección en un mínimo de 4.



## TEMA IX:

Proyecto sonrisa

### CONCEPTO:

En este proyecto se pretende el trabajo entre el maestro y los niños e incluso los representantes donde los participantes realizan una presentación guiados por los maestros sobre lo aprendido en el transcurso del programa y se finaliza con la creación cartelera donde participan los padres o representantes.

### OBJETIVOS:

Al finalizar el programa los participantes estarán en capacidad de:

- ❖ Realizar una presentación donde reflejen lo aprendido en el desarrollo del programa
- ❖ Realizar un pendón para la institución donde se ejemplifiquen las técnicas de higiene bucal.
- ❖ Lograr que los niños participantes utilicen la cartelera como material de apoyo para evocar las técnicas de higiene bucal.

### CONTENIDO:

Técnicas de higiene bucal.

### ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:

- Realizar una presentación donde los maestros guíen a los alumnos a demostrar las técnicas de higiene bucal aprendidas.
- Se realiza una cartelera donde se deben graficar las técnicas de higiene bucal antes mencionadas.
- Los participantes deben ayudar colocando imágenes q se les entraran así como los dibujos de las actividades anteriores

### ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

Recuperación (evocación de información).

### MATERIALES REQUERIDOS

Macro modelo  
Cepillo dental  
Pasta dental  
Materiales para armar la cartelera

### EVALUACIÓN:

Se realizará con la construcción de la cartelera

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Referencias de libros u obras impresas completas:

- Acosta, A; Sanabria, Z. y Escobar, L. (2002, Enero-Julio). *Estrategias Coinstruccionales en la Enseñanza de la Higiene en la Educación Especial*: Volumen. 3 (n° 1).
- Ausubel, D, Novak, J y Manessian. (1990). *Psicología Educativa (un punto de vista cognoscitivo)*. Mexico: Trillas.
- Canales, F.; De Alvarado, E.; Pineda E. (2000). *Metodología de la investigación para el desarrollo del personal de salud*.
- Cerda, H. (1991). *Los elementos de la investigación. Tipología y Paradigmas de la investigación científica*. Bogotá: El Buho
- Díaz Barriga, A y Hernández Rojas, G. (2002). *Estrategias Docente para un Aprendizaje Significativo*. Mexico: Mc. Graw.
- Editorial Médica Panamericana. (2004). *Epidemiología Clínica (investigación Clínica Aplicada)*.
- Escobar, L. (2001). *Propuesta de un taller sobre el juego como estrategia metodológica para crear hábitos de higiene bucal en niños con retraso mental moderado dirigido a los docentes*.
- Fernández, Costa, Bergona, Pernía, Tapia. (2000). *Manual de prácticas de odontopediatría, ortodoncia y odontología preventiva*. Editorial Ripano.
- Galan, M. (2004). *La salud Pública situación actual propuesta y recomendaciones*. Malagón-London: Editorial Médica Panamericana.
- García Romero, F.; García Barrios, G. (1999). *Metodología de la investigación en salud*. The Mc. Graw Hill.
- Heese. (1994). *La estimulación temprana en el niño discapacitado*. Editorial Médica Panamericana.
- Hernandez Sampieri, R.; Fernández, C.; Pilar, L. (2006). *Metodología de la investigación*. Editorial Mc. Graw Hill.

- Masson, (1995). *Manual de odontología, -Salvat Odontología*. Barcelona-España: Barberia, L, E. y cols.
- Seif T. (1997). *Cariología Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la caries dental*.
- Orozco, C.; Labrador, M.; Palencia, A. (2002). *Metodología Manual teórico práctico de metodología para tesis, asesores, tutores y jurados de trabajos de investigación y ascenso*. Venezuela: Ofimax de Venezuela.
- Shea, T. (1993). *La enseñanza en niños y adolescentes con problemas de conducta*. Editorial Médica Panamericana.
- Slots y Taubman. (1992). *Microbiología e inmunología oral contemporánea*. St. Louis: Editorial Mosby Year Book,.
- Sierra, C. (2004). *Estrategias para la Elaboración de un Proyecto de Investigación*. Maracay, Venezuela: Insertos Médicos de Venezuela C.A.
- Parra, N. (2003). *Política Educativa integral para la atención de la persona con retardo mental*.
- Woolfolk, A. (2000). *Psicología Educativa*. México: Editorial Prentice hall, Séptima edición.

#### Referencias de documentos en línea:

- David M. (2003). *Salud Oral De Las Personas Con Retraso Mental En Cuatro Municipios Del Estado Lara*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.actaodontologica.com/> [Consulta: 2006, diciembre 9]
- Bechi. M. (2005). [Documento en línea]. Disponible: <http://www.zonapediatrica.com/Psicología/retardo-mental.html>. [Consulta: 2008, Febrero 3]
- Fernández, L. (2005). *Diagnóstico de salud bucal en niños con retardo mental ligero*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n4/1074.htm>. [Consulta: 2008, Enero 10].
- Herrera, S. (2004). [Documento en línea]. Disponible: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n2/921.htm>. [Consulta: 2007, Septiembre 29].

- Ibarra. (1997). *Prospectiva De La Atención Educativa Integral De Las Personas Con Retardo Mental*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.pasoapaso.com.ve/legal/legal\\_retardomental3.htm](http://www.pasoapaso.com.ve/legal/legal_retardomental3.htm) [consulta 2006, agosto 20].
- Rodriguez García, L. (2005). Factores de riesgo y prevención de caries en la edad temprana (0 a 5 años) en escolares y adolescentes. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.odontología-online.com/casos/part/LOR/LOR04/lor04.html>. [Consulta: 2006, Marzo 13].
- Quijano, G.; Díaz, M. (2003). *Caries dental en niños pre-escolares con síndrome Down*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552005000200006&lng=es&nrm=is&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000200006&lng=es&nrm=is&tlng=es). [Consulta: 2007, Diciembre 1].
- Pentti, R. (2007). *Población y Muestra*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www2.uiah.fi/proyectos/metodi/>. [Consulta: 2007, Diciembre 6].
- Pérez, A.(2005). [Documento en línea]. Disponible: [http://www.scielo.org.pe/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=51019-43552005000100016&lng=pt&nrm=is](http://www.scielo.org.pe/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=51019-43552005000100016&lng=pt&nrm=is). [Consulta: 2008, Enero 21].
- Pérez, (2006). *Dificultad en el aprendizaje*. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos37/dificultades-aprendizaje/dificultades-aprendizaje2>. [Consulta 2006, noviembre 16].
- Vanina, L. (2006). *Evolución del Comportamiento mental*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.capitannemo.com.ar/retardo\\_mental\\_1.htm](http://www.capitannemo.com.ar/retardo_mental_1.htm)Te:4799-8260. [Consulta: 2006 octubre ,13]

### **Referencias de trabajos y tesis de grado:**

- Universidad Pedagógica Experimental Libertador-UPEL. (2006). *Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales*. Caracas: Fedupel, (4ª ed.).
- Manrique, F. (2002). *Monografía sobre métodos de recolección de datos*. [Tesis en línea]. Disponible: <http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/docinter/MONOGRAFIArecolecciondedatos.pdf>. [Consulta: 2008, Febrero 10].



# ANEXOS

**ANEXO A**  
**Consentimiento Informado**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**Facultad de Odontología**  
**Dpto. Formación Integral del Hombre**

**INFORME AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO:** Programa de prevención de caries dental en niños con retardo mental de leve a moderado.

**INVESTIGADOR:** Peña Astrid, Ramírez María Isabel

**TELÉFONO:** 04144820453/ 04244031999

**CENTRO:** Instituto de Educación Especial Carabobo

1. Introducción: es importante que antes de comenzar la investigación en el plantel se lea cuidadosamente todas las pautas de dicha investigación y aclare sus dudas para determinar si están dispuestos a participar siendo así deberá firmar el presente documento donde se le indica y se quedará con una copia del mismo.
2. Objetivos del estudio: el objetivo del estudio es la aplicación de técnicas educativas para la prevención de la caries dental en niños con retardo mental de leve a moderado

3. Procedimientos a seguir: el estudio se realizará dentro del instituto de educación especial Carabobo, donde se seleccionarán 28 niños, los cuales serán participantes de charlas educativas (aproximadamente 6) donde se les enseñará la importancia de sus dientes y como deben hacer para cuidarlos , se le darán a conocer las técnicas de cepillado y el uso del enjuague bucal e hilo dental, en la primera semana se les realizará una revisión para determinar el índice de higiene oral de cada paciente y al terminar las charlas establecidas se les realizará una segunda revisión para evaluar nuevamente el índice de higiene oral.
4. Beneficios: La condición de salud de los niños puede mejorara como resultado de la aplicación de las estrategias educativas; sin embargo no hay ninguna garantía que los niños obtengan una mejora en su salud oral.
5. Exclusiones: si los niños cursan con retardo mental severo (mayor compromiso cognoscitivo) no pueden participar en este proyecto.
6. Remuneración: por su participación en el estudio (en su curso): Los niños recibirán el material necesario para la aplicación de técnicas de cepillado y la utilización de enjuague e hilo dental sin costo alguno de parte del plantel ni de sus representantes. No existe ninguna remuneración económica por la participación en este estudio.
7. Nuevos hallazgos: Se le informará sobre cualquier nuevo hallazgo importante, que se documente durante el estudio que pudiera afectar su voluntad de continuar participando en él.
8. Contactos: en caso del cualquier duda puede comunicarse con los números telefónicos:0416-5840977, 0414-4820453,0424-4031999
9. Participación voluntaria: la participación en esta investigación es de carácter voluntario, pueden negarse a participar o interrumpir su participación sé lo desea; sin ningún prejuicio

**Nombre y Apellido del niño participante:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre y Apellido del Representante:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cédula de Identidad:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_



**ANEXO B**  
**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**Facultad de Odontología**  
**Dpto. Formación Integral del Hombre**

**Guía de Observación**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nivel de Estudio \_\_\_\_\_

Nivel de retardo: \_\_\_\_\_

**Valores observables en los niños y niñas seleccionados**

**NO LO LOGRA**

**LO LOGRA CON DIFICULTAD**

**SÍ LO LOGRA**

- 1 Presta atención en el momento de la explicación
- 2 Sigue instrucciones para realizar actividades
- 3 Posee la capacidad de orientarse en el espacio
- 4 Presenta capacidad para la aprehensión del cepillo dental
- 5 Acepta el sabor del dentífrico
- 6 Logra enjuagarse la boca
- 7 Acepta el sabor del Enjuague bucal

### **Grado del Índice de Placa**

LEVE

MODERADO

GRAVE

- 8 Índice de placa de O'leary