



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA PILOTO DE SALUD BUCAL
INTEGRAL, AL ADOLESCENTE ESPECIAL DEL TALLER LABORAL
CARABOBO. PERIODO 2004-2005. MUNICIPIO NAGUANAGUA. ESTADO
CARABOBO.**

**Autores: López B. Mary A.
López R. Carlos A.**

Tutor de Contenido: Prof. Ybelisse Romero.

Tutor Metodológico: Labrador Maria.

NAGUANAGUA, 2005

INDICE GENERAL

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	2
Objetivo del Estudio	5
Justificación del Estudio	6
CAPITULO II: FUNDAMENTACIÓN TEORICA	
Antecedentes	8
Bases Teóricas	9
Definición de términos	34
CAPITULO III: METODOLOGIA	
Diseño de la Investigación	35
Tipo de la Investigación	35
Aspectos Contemplados en el Diagnostico	38
Factibilidad	41
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
Análisis de los Resultados	42
Conclusión	79
Recomendaciones	80
CAPITULO V ELABORCIÓN DE LA PROPUESTA	
Introducción	83
Objetivos	84
Justificación	92
Bibliografía	95
BIBLIOGRAFIA	96
ANEXOS	

Dedicatoria.

La voluntad es la fuerza que impulsa mis actos y mis palabras, mis palabras, expresan mis ideas, y mis ideas expresan mis conocimientos, éstos que han sido un amargamar de experiencias durante todos estos años de vida...

Por las razones que nos han llevado a ser como somos y hacer lo que hoy hacemos le dedicamos cada palabra, cada letra, cada párrafo:

A Dios por darnos la perseverancia necesaria para lograr cada una de las cosas que nos han dado satisfacción durante nuestra vida, una larga lucha por cada día ser mejor.

A nuestros Padres, seres maravillosos que nos han consentido, orientado y sobre todo apoyado en los buenos y malos momentos de nuestras vidas.

A nuestros hermanos por ser como son, por el deseo de superación que los acompaña, y sobre todo por la admiración que cada uno nos hace sentir.

Son los seres que nos han acompañado en todo momento y que le pedimos a Dios, sea así por muchísimos años más... ya que sin ellos la vida no sería igual, porque cada éxito no tendría el mismo deguste, porque cada fracaso no tendría el mismo consuelo.

Los amamos

Mary Alexandra y Carlos Alberto

Agradecimientos.

A nuestros padres por creer en nosotros y darnos la oportunidad de tener una carrera, por su apoyo durante el desarrollo de la misma. Y sobre todo en el desarrollo de este trabajo.

A nuestros hermanos, Leonardy, José, Dámarys y Adriana por su cariño y apoyo durante estos meses.

A nuestros tíos y amigos por su apoyo durante toda la carrera.

A la Dra. Ybelisse Romero, nuestra tutora y guía durante el desarrollo de este trabajo, gracias por creer en este proyecto.

A la TSU en Educación Especial Margiory Roquiz, nuestra asesora y guía en el área de niños especiales, gracias por creer en nuestro proyecto.

A nuestra compañera de estudios Hatzel Jiménez por apoyo y ayuda en el diagnóstico de salud bucal de nuestro trabajo.

MARY A. LÓPEZ Y CARLOS A. LÓPEZ

***A USTEDES DE VERDAD GRACIAS,
SIN SU COLABORACIÓN LA CULMINACIÓN DE ESTA
ETAPA NO HUBIESE SIDO POSIBLE,
GRACIAS POR ENSEÑARNOS Y CONTRIBUIR EN NUESTRO PROCESO DE FORMACIÓN,
PARA EN UN MAÑANA SER EXCELENTES PROFESIONALES DE LA SALUD,
SI DIOS ASÍ LO DISPONE.***



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
NAGUANAGUA. ESTADO CARABOBO**



PROGRAMA PILOTO DE SALUD BUCAL INTEGRAL, AL ADOLESCENTE ESPECIAL DEL “TALLER LABORAL CARABOBO”. PERIODO 2004-2005. MUNICIPIO NAGUANAGUA. ESTADO CARABOBO

Autores: López Carlos

López Mary

Tutora de Contenido: Ybelisse Romero

Tutor Metodológico: Labrador Maria

Marzo, 2005

RESUMEN

El presente trabajo trata sobre el diseño de un Programa Piloto de Salud Bucal integral al Adolescente Especial del “Taller Laboral Carabobo”, con la finalidad de determinar calidad de vida y de servicios dirigidos ha dicho sector. En el estudio además de analizarse los índices de caries (CPOD), IHOS y PMA por grupo etareo, y según su condición especial, se compara con los datos de la OMS. Obteniendo como resultado que se encuentra en niveles muy altos de prevelencia de caries e IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado), según la OMS. Esta investigación está enmarcada en un Proyecto Factible. Teniendo como objetivo central diagnosticar la necesidad de salud bucal de dicha comunidad, para el desarrollo de un Programa Piloto de Salud Bucal Integral al Adolescente Especial, del “Taller Laboral Carabobo” Periodo 2004-2005, Municipio Naguanagua. Estado Carabobo.

Palabras claves: Adolescentes Especiales, IHOS, PMA, CPOD, OMS.

INTRODUCCIÓN

Desde años anteriores se ha presentado la inquietud de desarrollar un Programa de Salud Bucal, destinado a satisfacer las necesidades bucales del adolescente especial, pero por diferentes razones esto no han sido concluidos, e incluso existen programas realizados que no han sido aplicados en su totalidad, por esta razón nos sentimos motivados, y preocupados, por elaborar un Programa Piloto de Salud Bucal Integral al Adolescente Especial, tomando como muestra para nuestro estudio a los jóvenes del “Taller Laboral Carabobo”.

Este programa es diseñado, en base al primer nivel de Leveell y Clark, el cual habla del fomento y prevención de la salud, diseñado técnicas adecuadas, que se adapten a sus condiciones especiales, dirigidas a mejorar su estado de salud bucal.

El estudio tiene como finalidad mostrar al odontólogo las necesidades de salud bucal de los jóvenes con condiciones especiales, así como diagnosticar los índices de IHOS, PMA, CPOD, elevar su autoestima y confianza en sí mismos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La OMS (Organización Mundial de la Salud), señala en su informe mundial, sobre salud bucodental en el mundo, que la caries es la enfermedad oral con mayor prevalencia, en numerosos países, además de este mal, la periodontitis, la gingivitis, y el cáncer de la cavidad bucal y de faringe representan problemas de salud pública en países industrializados y cada vez más en el mundo en desarrollo, disminuyendo la calidad de vida de quienes la sufren.

Hasta ahora las afecciones bucales habían sido menos severas en el mundo, pero se cree que con el cambio de las condiciones de vida, un consumo de azúcar en aumento, y una exposición inadecuada de fluoruro, esos males se incrementaron.

En Venezuela la problemática de salud bucodental no se escapa de la realidad del mundo, aunque existe mayor prevalencia, de algunas enfermedades, (caries, periodontitis, gingivitis, maloclusiones) que otras, (cáncer bucal, cáncer faríngeo) la situación presente en nuestro país es alarmante.

Según estudios por Proyecto Venezuela en el país el 80% de los niños a los 7 años de edad ya tienen caries y la probabilidad de que a los 12 años de edad tengan por lo menos tres dientes con caries es muy alta.

En edades Superiores en los mismos estratos, el volumen de desdentamiento entre los 35 y 44 años de edad alcanza la cifra de 26.7%.

Estos resultados nos indican que la salud bucal, no ha sido considerada como una prioridad en salud para los entes gubernamentales, y que la odontología venezolana se ha caracterizado por ser un ejercicio profesional individualizado, que ofrece atención al paciente, partiendo del lineamiento transformador que mueve la odontología actual, con el fin de proveer al país de soluciones acordes con la realidad dentro de los diferentes momentos del desarrollo histórico social de los habitantes.

La implementación de los sistemas de atención odontológica en el país surge como una medida frente a las necesidades de servicios, derivados de la problemática de salud - enfermedad bucal que presenta nuestra población y que se manifiesta de la siguiente manera:

En la mayoría de los casos, éstos no provienen de los índices de morbilidad bucal, ni de la expresión manifestada por el pueblo frente al problema. Esto podría ocurrir en parte por no tener acceso a la educación, que le permita plantear las necesidades básicas en salud, educación y otros servicios mínimos para el desarrollo de la infraestructura pública donde se propicie el desenvolvimiento natural de la comunidad. Por esto la odontología venezolana tiene gran responsabilidad de plantearse como uno de sus propósitos, metas o fines, el logro del conocimiento metodológico y científico que le permita planificar los servicios de salud bucal, acordes con las verdaderas necesidades del individuo y de la colectividad donde se desempeña, creyendo firmemente que las necesidades derivadas de ciertas condiciones tales como: ubicación geográfica, condiciones naturales de vida, predominio de grupos étnicos, actividad productiva, condiciones de normalidad y sus variaciones, etc., merecen ser tomados en cuenta para particularizar su atención en la práctica odontológica ante la problemática de salud bucodental.

En el Estado Carabobo, la salud bucodental, cumple con las mismas características, que se presentan en el país, una población con un alto porcentaje de afecciones bucodentales, siendo la más preválente la caries dental.

Si las afecciones bucales en individuos capacitados presentan estas características, en personas especiales, se manifiestan con mayor preponderancia. La razones del aumento, son por su condición especial, (Alteraciones Motoras, Alteraciones Sensoriales) que no les permite realizar técnicas correctas de higiene bucal, para prevenir enfermedades orales.

Ya que hay, enfermedades bucodentales avanzada, que son características de estos pacientes debido ha su incapacidad, (Motora y/o Sensitiva) la cual los obliga a depender directamente de otras personas para poder realizar la técnica correcta de higiene oral, además la falta de atención en salud bucal por parte de los padres, la falta de educación y aceptación de su condición especial por los padres y la sociedad además de la ausencia de políticas y programas en salud bucal, que ayuden a estos pacientes, contribuye a que presenten una salud oral deficiente.

Por esto, los profesionales de la salud están interesados en el tema de gestión de la atención de los pacientes con necesidades especiales, y por ende en la aplicación de sus postulados a favor de que sea atendido el mayor número posible de personas.

Además que en su atención no solamente intervienen los profesionales, sino quienes rodean al adolescente con necesidades especiales, que tienen también, un rol muy importante y/o fundamental, que cumplir.

En función de lo expuesto se estudiara las condiciones de salud bucal en el Taller Laboral Carabobo, en el Municipio Naguanagua, Estado Carabobo, a fin de determinar la incidencia de caries y gingivitis y otras afecciones bucales propia de los

pacientes especiales, a través de la observación.

Considerando que su condición especial esta relacionada con: Síndrome de Down, Austimo, Deficiencias Auditivas, y Retrazo Mental en sus tres niveles, que contribuye a empeorar sus condiciones de salud bucodental.

Se debe tener mucho interés profesional y calidez humana para determinar con precisión, dónde está ubicado el paciente en su propio mundo y cuáles son las circunstancias que lo rodean. Indagando y determinando de la mejor manera posible si el individuo está siendo sub estimulado o si está protegido por sus padres y maestros; así como, si su desarrollo emotivo está en aumento progresivo o si ya ha alcanzado las metas esperadas por su médico y por quienes intervendrán en su proceso de rehabilitación.

Debido que, de mantenerse esta problemática, en los adolescentes del Taller Laboral Carabobo, se desarrollarían otras patologías orales, con afecciones generales, a consecuencia de la evolución de las ya instauradas como: Periodontitis, Pérdidas Dentarias, Infecciones micóticas, Infecciones Faríngeas, Absceso Agudo y crónicos, Traumas Oclusales.

Por esta razón se pregunta: ¿Será que las características especiales del paciente influyen en sus condiciones de salud bucal?

Objetivo General

Diseñar un Programa Piloto de Salud Bucal Integral, dirigido al Adolescente Especial del Taller Laboral Carabobo, periodo 2004-2005, Municipio Naguanagua. Estado Carabobo.

Objetivo Específicos

- Diagnosticar la necesidad de salud bucal en los niños y adolescentes del Taller Laboral Carabobo.
- Conocer el índice C.P.O.D: Cariados, perdidos y obturados en dientes permanentes, de pacientes especiales.
- Conocer el índice de Salud Bucal de los pacientes especiales.
- Determinar las condiciones especiales de la población especiales del Taller Laboral Carabobo, con relación a su salud bucal, partiendo de los diferentes métodos de diagnóstico odontológico.
- Obtener resultados que justifiquen la implementación de servicios de atención odontológica para niños con necesidades especiales.
- Elaborar un Programa Piloto de Salud Bucal Integral, dirigido al Adolescente Especial del Taller Laboral Carabobo, periodo 2004-2005, Municipio Naguanagua. Estado Carabobo.

Justificación del Estudio

El programa de salud bucal al “Taller Laboral Carabobo” surge ante la necesidad de encontrar un camino apropiado para solventar su problema de salud-enfermedad bucal, y que adquieran confianza en si mismos, enseñándoles normas de higiene personal, en relación con la enseñanza de las destrezas necesarias a los aspectos del arreglo y la higiene personal. Es decir, las habilidades para la higiene personal de los discapacitados pueden mejorar el efecto de su apariencia sobre otras personas. Además, enseñar estas destrezas a los niños y adolescentes aumentará su confianza en si mismos y los ayudará a actuar independientemente.

Así como también disfruten de un programa que, le brinde una respuesta a sus necesidades de salud enfermedad bucal.

Es de hacer notar que este estudio constituye al niño y adolescente con necesidades especiales un aporte de interés por la higiene bucal, a la vez que responde a las exigencias y necesidades de los niveles de prevención bucal, planteándose una estrategia que pueda servir de apoyo y solución a la problemática de la necesidad en esta área de salud bucal.

Este trabajo actualizaría los programas de niños con necesidades especiales en Venezuela.

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEORICA

Antecedentes

A través de algunas investigaciones sobre la existencia de antecedentes o trabajos realizados vinculados con el problema de estudio, se ha determinado que existen algunos proyectos relacionados con el mismo, Por analogía, se puede citar el siguiente trabajo elaborado: En 1976 por Aguirre, J. Diseño un programa para las necesidades de salud oral en niños de 6 a 14 años en el grupo Escolar “Manuel Alcázar”. Como un Modelo de atención Odontológica de la Universidad de Carabobo, Facultad Odontología.

Además el Programa de Atención Odontológica para Niños Excepcionales del Distrito Valencia del Estado Carabobo (1979); elaborado Gutiérrez. A y Paz. G, quienes propusieron una red de atención progresiva en conjunto con la Escuela de Odontología de la Universidad de Carabobo, y la integración de los servicios de salud del estado.

Por otro parte en el año 1982, se creó un programa para niños con síndrome de Down por Morris/Blatt; en la cual propusieron una intervención temprana, que fue estructurada, y dirigida hacia la adquisición de destrezas específicas, donde los padres fueron incluidos como parte fundamental del programa pretendiendo así más confianza en sí mismos como individuos.

Por otro lado se puede citar el “Programa de Entrenamiento para Autistas”. Elaborado por Catherine Maurice en España (2002) En la que se enfocó en su mayor parte a la comunicación verbal y no verbal: juego, cognición, socialización. La palabra "conductual" se refiere a un estilo de enseñanza: énfasis en ensayos

diferentes, desglosé de tareas, el uso sistemático del reforzamiento y premios, etc. "Terapia Conductual" es también el término general utilizado para indicar un amplio programa de aprendizaje para niños con incapacidades, el cual ha sido desarrollado en los últimos 25 años por Ivar Lovaas y muchos otros investigadores de la comunidad profesional. Como tal, se le ha utilizado con niños cuyos diagnósticos han variado enormemente -desde autistas hasta retardo mental, retardo en el lenguaje, etc.

Programa Educativo “Hacia una atención odontológica y motora en un adolescente con necesidades educativas especiales” elaborado por la Prof. Fanny Arteaga Chirinos en la Universidad de los Andes. Del Estado Mérida (2004); donde propone concientizar a las comunidades en general y a la educativa en particular de la importancia de incluir dentro del contenido de los programas educativos integrales que involucren además de la atención médico-odontológica, la atención motriz a las personas con necesidades educativas especiales. El caso en mención es un adolescente masculino de 17 años de edad con síndrome de Lennox -Gastaut, que cursa con epilepsia severa, retardo mental, autismo, discapacidad intelectual y desnutrición.

Bases Teóricas

Salud Pública

Se define como el esfuerzo organizado de la comunidad a proteger, fomentar y proporcionar un estado de bienestar cuando el individuo se encuentra sano, así como diagnosticar, tratar y rehabilitar al individuo enfermo a fin de insertarlo de nuevo en la sociedad. (Piedrola Gil, 2001)

También se dice que es un proceso dinámico, donde intervienen la satisfacción de las necesidades del hombre y de su entorno ecológico, además de su participación en el desarrollo ecológico, cultural, productivo, científico y tecnológico. (Malagón-Londoño, 2002)

La salud pública en el marco de Atención Primaria en Salud, tiene estos objetivos.: (González Sanz, 2002¹).

1. Hábitos saludables como norma de vida.
2. Prevención de la enfermedad.
3. Atención comunitaria para todos.

Se entiende que la salud pública representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, a mejorarle la convivencia y la calidad de vida; que a su vez representa el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social, básico para la vida de la persona desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es un proceso dinámico en el que intervienen la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo social, cultural, productivo, científico y tecnológico. Al hablar de salud pública no solamente se señala al ser humano ausente de enfermedad, sino como activo factor de producción y convivencia para el mejoramiento de las condiciones personales y las de la sociedad a que pertenece.

Esto significa no solamente el compromiso de la propia persona y de la comunidad, obligadas a acciones permanentes de protección, sino una tarea decidida de los Gobiernos que deben proveer los programas, normas, planes y medios, con el concurso activo de la sociedad.

Funciones de la Salud Pública

•Funcione Propias de los Servicios de Salud

1-Promoción de la Salud (Fomento y Protección de la Salud)

Acciones sobre el Medio Ambiente

Saneamiento Ambiental

Higiene de los Alimentos

Acciones sobre el Individuo

Educación Sanitaria

Medicina y Odontología Preventiva

2-Restauración de la Salud (Asistencia Sanitaria)

Asistencia Sanitaria

Primaria (Centros de Salud, esencialmente)

Secundaria (Hospitales de Referencia, Ambulatorios de Área Sanitaria o Sector)

Rehabilitación y Reinserción Social

3-Funciones Generales o de Servicio

Administración Sanitaria

Demográfico y Estadística Sanitario

Laboratorios de Salud Pública

Epidemiología

Planificación y Programación. Evaluación

Legislación

Docencia

Investigación

- **Funciones de la Comunidad en Relación con la Salud**

1-Educación.

2-Política Económica.

3-Política de Vivienda, Urbanismo, etc.

4-Justicia Distributiva o Social.

- **Sistema Sanitario**

Se define como “Conjunto de Estructuras Organizativas, Centros y Servicios a

través de los cuales se ofertan Medios y programas de la Política Sanitaria preestablecida por el MODELO SANITARIO (Concepción Ideológica: “lo que se quiere que exista”), con la finalidad de obtener los niveles deseados de Salud”.

Política Sanitaria (Politics/ Policy/ Health Policy; “modo de conducir un asunto para lograr un fin deseado”) representa la declaración o directriz oficial dentro de las instituciones, que concede prioridad a la salud o que reconoce la importancia de los objetivos sanitarios. Es determinada por los siguientes aspectos, indicadores y características deseables para una política de salud:

- *Aspectos*

- Contexto sociopolítico.

- Ideología de quien planifica.

- Necesidades de salud de la población.

- Conocimiento científico sobre éstas.

- Opinión pública.

- Existencia de grupos de presión.

- *Indicadores*

- Declaración de compromiso de alto nivel.

- Asignación de recursos.

- Grado de equidad en la distribución de los recursos.

- Nivel de participación de la comunidad en la toma de decisiones.

- Grado de descentralización en la adopción de decisiones.

- Característica de la estructura orgánica y del proceso de gestión.

- *Características deseables*

- Existencia.

- Coherencia.

- Pertinencia o adecuación a las necesidades (carencias o deseos de algo que es

- Imprescindible o que se quiere lograr) de salud existentes.

Factibilidad (recursos existentes).

Debe reunir los principios de democracia y participación.

Racionalidad (buscar soluciones ideales u óptimas a los problemas).

Esquemática y orientativamente repasaremos los Sistemas de salud en nuestro medio, es decir, en la Europa Occidental.

Concepto de la Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulta aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación. Ese concepto ha evolucionado con los años, en parte gracias a la experiencia, positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios básicos de salud. Pero la atención primaria en salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud.

Su forma viene determinada por los objetivos sociales, tales como el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos; y esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medios sociales, como la captación de una mayor responsabilidad en materia de salud por parte de las comunidades y los individuos y su activa participación en el esfuerzo por alcanzarlos. Cuanto mejor sea el estado de salud de la población, más probable será que esa población contribuya al desarrollo social y económico, desarrollo que, a su vez, facilita los nuevos recursos y la energía social que favorecen el desarrollo de la salud. En consecuencia, la atención primaria de salud y los esfuerzos de la comunidad con miras a su desarrollo social y económico tendrán mayores probabilidades de ser eficaces cuando se apoyen mutuamente. Así

como para que el sector de la salud llegue a su mayor eficacia ha de funcionar en armonía con los demás sectores sociales y económicos, es también necesario que en el interior del sector de la salud se combine armónicamente el apoyo que, de todos los demás niveles, debe recibir la atención primaria de salud.

Odontología Comunitaria

Campo que se ocupa del estudio de la salud y de la enfermedad en la población de una comunidad o grupo determinado. Su objetivo es identificar los problemas sanitarios en relación con la odontología y las necesidades de la población definidas (expresadas o no, sentidas o no sentidas), descubrir los medios con los que se pueden cubrir dichas necesidades y valorar el grado en el que los servicios sanitarios las satisfacen eficazmente. Practica la odontología en relación con grupos o poblaciones, más que con pacientes individuales (aunque se individualice el tratamiento, especialmente en consulta a demanda y urgencias), valorando aspectos de organización y administración de cuidados sanitarios a una comunidad o grupo.

Se basa esencialmente en conocimientos de Odontología Preventiva y Salud pública Oral y Médico-Quirúrgicos. Entendemos por Odontología Preventiva para la Comunidad a la aplicación, en la Comunidad, de medidas preventivas por parte de los clínicos; es un campo especializado de la Odontología Práctica, compuesto por diferentes disciplinas que emplean técnicas dirigidas a promover y mantener la salud y el bienestar de poblaciones definidas, así como impedir la enfermedad, la incapacidad y la muerte prematura (de personas, estructuras o tejidos).

Niños con necesidades especiales

Se denominan “especiales” a aquellos niños cuyas necesidades educacionales son muy diferentes a las necesidades de la mayoría de los niños. En Silva y Armas.

Retardo Mental y la Educación Especial (1977), define al escolar con necesidades especiales de la siguiente manera:

Son aquellos que difieren del promedio en cuanto a características físicas o psicológicas en grado tal que los programas escolares diseñados para la mayoría de los niños, no les ofrecen oportunidades para el ajuste total y para un progreso óptimo y quienes en consecuencia, necesitan de una instrucción especial o en algunos casos de servicios especiales o ambos para rendir académicamente a un nivel proporcional con sus respectivas habilidades. (P. 11)

Para Polanco y Rojas (1994), la primera fase del estudio de las dificultades del aprendizaje se remonta a los años 1800 a 1940.

Los estudios realizados en esta época tenían un enfoque eminentemente neurológico, donde la precaución fundamental era realizar investigaciones sobre el cerebro y sus alteraciones. De allí surgieron grandes investigadores como Broca. P en 1861 que una zona en el cerebro era encargada del lenguaje motor.

En el período de 1940 a 1966 se produce una “fase de transición” en donde el niño es el objeto de estudio clínico con daño cerebral, y el mismo Strauss cambia más adelante el término de “niño con daño cerebral” por “niño con lesión cerebral mínima”. En 1962 este término fue aceptado por la mayoría de especialistas en todo el mundo. Durante esta etapa se produjeron otras investigaciones lideradas por educadores quienes tuvieron el mérito de aproximarse a las dificultades de aprendizaje desde una perspectiva pedagógica.

Otro de los avances importantes fue la separación establecida entre las disfunciones del desarrollo (como retraso mental, epilepsia, dislexia evolutiva, autismo y parálisis cerebral) de las dificultades en el aprendizaje, y es a partir de la década de los cincuenta cuando se empiezan a visualizar los problemas de aprendizaje de manera diferente a las disfunciones en el desarrollo.

Deficiencia

Dentro de la experiencia de la salud una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Las deficiencias pueden ser de las siguientes clases: intelectuales, otras psicológicas, del lenguaje, de la audición, de la visión, viscerales, musculoesqueléticas, desfiguradoras y, finalmente, generalizadas, sensitivas y otras.

Discapacidad

Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Las discapacidades pueden ser de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una determinada aptitud y otras. Se trata de menguas en la funcionalidad operativa de los individuos vistas en relación a ellos mismos.

Causas de los Niños con Necesidades Especiales

Para Molina (1997) y otros investigadores los problemas específicos son intrínsecos al individuo y causados por una dificultad del sistema nervioso central que afecta la captación, elaboración y/o comunicación de la información; para estos autores los niños con estas deficiencias son a menudo hiperactivos y/o distraídos. Osman (1988) considera que algunos de los factores que se exponen a continuación pueden combinarse para producir lo que ella denomina una “dificultad del aprendizaje” en los niños entre, los cuales se encuentran:

1. **LA INTELIGENCIA:** Las dificultades de aprendizaje pueden ocurrir en todos los sectores de la población y no solo en pequeños con inteligencia media o media superior.
2. **DEFICIENCIAS SENSORIALES:** Este aspecto hace referencia a deficiencias en las conexiones de ciertos órganos con el sistema nervioso central; algunos niños con una adecuada visión y capacidad auditiva normal pueden mal interpretar impresiones sensoriales a causa de un deficiente funcionamiento del sistema nervioso central: “el cerebro les envía mensajes equivocados”.
3. **NIVEL DE CAPACIDAD Y ATENCIÓN:** Es la habilidad que tiene un niño para permanecer en su lugar y concentrarse. De igual manera, se considera que la hiperactividad está altamente relacionada con los problemas de aprendizaje, sin afirmar con esto que todo niño hiperactivo presente necesariamente estos problemas.
4. **DAÑO CEREBRAL Y DISFUNCION CEREBRAL MINIMA:** Osman plantea que algunos problemas escolares pueden haberse originado en la etapa prenatal, en el momento del parto o por un trauma postnatal. El nacimiento prematuro y el bajo peso, la incompatibilidad sanguínea, la anoxia o una lesión física grave pueden afectar la capacidad para aprender.

El Odontólogo como Facilitador del Aprendizaje de la Salud Bucal en Niños con Necesidades Especiales

“El concepto facilitador del aprendizaje ha corrido la misma suerte que otros, que, sin atender a su verdadera significación, se convierte en slogan. Así, todo profesional de la odontología que se aprecie de estar actualizado, habla del rol del odontólogo como facilitador del aprendizaje de la salud bucal, pero si indagamos más allá del término, pocos son los que interpretan adecuadamente lo que se quiere decir con esto”

EDUCACIÓN ESPECIAL, VENEZUELA, Año III # 11 1987.

Se entiende por facilitador o facilitar el aprendizaje el acompañar al niño en el proceso de adquisición de conocimientos a través de la puesta en marcha de situaciones pedagógicas que promuevan el avance de dicho proceso.

De tal manera que el odontólogo tome al niño no como un ser pasivo. Sino activo, capaz de construir sus propios conocimientos, tomando en consideración que estos se encuentran en su pleno desarrollo bio – psico – social.

Bio, ya que es un ser de origen genético. Psico, porque piensa, posee emociones, carácter, conducta; y Social, debido a que él se desenvuelve en un medio en el cual crece e interactúa con otras personas para intercambiar ideas, conocimientos, emociones contadoras y descontadoras, lo cual va a permitir que éste forme su aprendizaje a través de la experiencia.

Posturas evolutivas o estructuralistas del aprendizaje

Este enfoque hace énfasis en la comprensión de la organización del conocimiento de las posiciones conductistas, dan al comportamiento un lugar secundario. Piaget. J. Representante principal de la corriente evolutiva, consideraba que el núcleo de la conducta inteligente es una habilidad innata para adaptarse al medio ambiente, sugiriendo que los niños crean a partir de sus capacidades sensoriales, motrices y reflejas para aprender de su mundo y para actuar en él.

Debido a que los niños se involucran en miles de actividades diarias (ver, escuchar, sentir, tocar moverse), pueden aprender de la experiencia y desarrollar estructuras cognoscitivas más complejas. Para describir esto y explicar los cambios en el funcionamiento intelectual de los pequeños, Piaget planteó cuatro estadios del desarrollo: sensorio – motriz, preoperatorio, operatoria concreta y operatoria formal.

En cada una de estas etapas la persona tiene su propia representación del mundo, dentro de la cual existe un número de estructuras cognoscitivas básicas o esquemas.

El primero de estos estadios, el sensorio – motriz, va desde el nacimiento hasta los dos años de edad y es aquí donde el niño forma conceptos primitivos centrados en acciones motoras (movimientos) y en la experiencia sensorial resultante.

En el comienzo del desarrollo el objeto es tomado por el niño como “cosa para coger”, “para tomar”, etc., luego poco a poco, el mismo objeto se transforma en cosa para “mover y desplazar”, “cosa que pesa diferente a la otra” y así se convierte en instrumento de acciones a distancia, tanto temporales como especiales, crecientes.

Esto indica la importancia de las acciones ya que el pequeño no puede conocer los objetos si no obra sobre ellos; de aquí que se considere que la actividad implica conocimiento. Por esta razón, el pequeño necesita tocar, oler e incluso saborear cualquier objeto se supone que le cause curiosidad.

Modalidad Educativa en Niños o Adolescentes Especiales

La educación especial es una variante del sistema escolar que garantiza la atención de las personas con necesidades educativas especiales, a través de un modelo de atención educativa integral, desde temprana edad hasta la adultez.

La educación especial sigue los mismos principios, fines y propósitos de la educación en general; su particularidad en la operatividad radica en una acción interdisciplinaria; tomando en cuenta las diferencias individuales, se aplican, métodos, estrategias y recursos especializados.

Vista la educación especial bajo la concepción plena de lo que es un sistema donde todas sus partes se interrelacionan dialécticamente, significa que de ninguna manera esas partes deben funcionar aisladas (Niveles y Modalidades); sino en forma interdependiente, como un todo.

El ente rector en Venezuela para definir la política educativa dirigida a las personas con necesidades especiales y velar por su cumplimiento, es la Dirección de Educación Especial, que depende de la Dirección General de Niveles y Modalidades del Viceministerio de Asuntos Educativos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Son consideradas personas con necesidades especiales, aquellas que por sus características físicas, intelectuales o emocionales comprobadas, por su naturaleza o grado, pueden incidir en su progreso personal, escolar, laboral y social.

En este sentido, la Dirección de Educación Especial establece siete áreas de atención:

- Retardo Mental.
- Deficiencias Auditivas.
- Dificultades de Aprendizaje.
- Deficiencias Visuales.
- Impedimentos Físicos.
- Autismo.
- Talento Superior.

La construcción del Modelo Educativo para la Educación Especial en Venezuela, está fundamentada en: Basamento filosófico, teleológico, axiológico, pedagógico, sociológico, epistemológico y psicológico que le imprimen un carácter sólido, coherente y pertinente.

Los lineamientos políticos de la modalidad de Educación especial esta dada en dos grandes líneas, establecidas desde el año 1997:

1. Atención educativa integral de las personas con necesidades educativas en los planteles y servicios de la Modalidad de Educación Especial.
2. La integración escolar de los alumnos con necesidades educativas especiales en los Niveles y otras Modalidades del Sistema Educativo.

Asimismo, se establecen líneas estratégicas para la administración de la política educativa:

- Articulación Intramodalidad.
- Articulación Intrasectorial
- Articulación Intersectorial

La atención educativa integral en la Modalidad Educación Especial comienza desde el nacimiento, considerando las características individuales del niño de alto riesgo; sus ejes fundamentales lo constituyen, además del propio niño, la familia y la comunidad.

Mediante la atención integral temprana de 0 a 6 años de edad, se establecen las bases fundamentales de la personalidad, por cuanto ello es determinante en la formación de un adulto pleno, en condiciones de integrarse activamente a la sociedad y participar en la transformación del país. Esto significa que se debe ofrecer un entorno rico en experiencias donde en su interacción con su medio y otras personas desarrolle sus potencialidades físicas e intelectuales mediante la estimulación temprana en todas las áreas del desarrollo (motora, cognitiva, emocional, social y de lenguaje), garantizándole el continuun de la atención educativa integral de 6 a 15 años y 15 años más, con una acción interdisciplinaria y una articulación intramodalidad e intersectorial.

El segundo lineamiento de política referido a la integración escolar, radica en garantizar la escolaridad de los niños, niñas, adolescentes y adultos con necesidades educativas especiales a los niveles y a otras modalidades del sistema educativo. Es así como la resolución 2005 publicada en el año 1.996, establece la normativa para la integración escolar de esta población donde se garantice el ingreso, prosecución y culminación de estudios en los planteles educativos oficiales y privados de los diferentes niveles y modalidades; Obviamente, a través de sus programas formales y no formales y mediante una efectividad articulación intrasectorial e intersectorial.

Salud Bucal y la Odontología

Salud Bucal: se refiere a la perfecta armonía de todas las estructuras bucales conservando el aspecto como un todo del organismo.

Niveles Prevención de Leavell y Clark

Prevención Primaria (disminuir la probabilidad de ocurrencia de patología de modo específico o inespecífico o fomentar los factores de protección).

- **Primer nivel: promoción de la salud** (Medidas inespecífica sobre individuo, colectividad o medio ambiente por Ej. Nutrición).
- **Segundo nivel: protección específica** (Medidas específicas por Ej. Flúor Tópico).

Prevención Secundaria (interrupción del proceso patológico mediante monitorización, diagnóstico y tratamiento adecuados y precoces).

- **Tercer nivel: Diagnostico precoz** (Ej.: Mancha Blanca). **Tratamiento precoz.**

Prevención Terciaria (limitar la lesión y corregir, evitar secuelas en mayor grado o recaídas).

- **Cuarto nivel: limitación del daño** (Ej.: Cirugía Periapical).
- **Quinto nivel: Rehabilitación** (Ej.: Prótesis Removible).

Promoción

La promoción de la salud significa el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que realizan los gobiernos, los sectores sociales o productivos, las comunidades en general, para proteger la salud de la población y que están orientados a modificar los factores determinantes de riesgo y que fortalecen los mecanismos de protección de la salud; es decir, se hace relación al entorno, a los procesos sociales, productivos, culturales, científicos y tecnológicos que lleven a garantizar mejores condiciones de bienestar físico, psicológico y social. En otros términos, se avanza en el concepto más allá de la ausencia de enfermedad.

Prevención

Por otra parte, prevención de la enfermedad significa el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos dirigidos a la protección específica de la población para evitar que los daños en la salud o las enfermedades, aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores, o generen secuelas evitables. Es decir, son el conjunto de acciones dirigidas a impedir el impacto físico en el organismo del individuo y si éste es inevitable, a protegerlo en forma que el daño sea menor y más corto el tiempo de su readaptación a las actividades normales.

El concepto de prevención se relaciona por lo mismo con acciones definidas de detección y diagnóstico temprano de la enfermedad, empleo oportuno y eficaz de las medidas terapéuticas más pertinentes y adecuadas para el tratamiento, reducción de la morbilidad y del daño, utilización de la ciencia y la técnica para impedir las secuelas, disminuir al máximo la incapacidad y evitar los riesgos de muerte. En términos reales prevención es sinónimo de profilaxis. De ésta se consideran dos tipos: directa e indirecta. La directa va dirigida a la neutralización, aniquilamiento o extirpación de las causas directas de enfermedad, como en el caso de utilizar acciones específicas contra determinados microorganismos que pueden ser causantes de

infección, o en el caso de protección contra la radiación mediante el uso de delantales de plomo, o la aplicación de una vacuna para una inmunización específica. La indirecta es la que introduce, modifica, neutraliza o destruye factores que pueden tener relación con la integridad física. Es por ejemplo el uso del cinturón de seguridad por parte de los conductores de automóviles, o la utilización de las medidas de protección de los trabajadores, o el aseo y la desinfección en los hospitales, o la eliminación de reservorios de zancudos en las campanas contra la malaria. Se habla también de la profilaxis pública y de la privada; la primera es la que se adelanta como resultado de programas ordenados por el estado y la privada la que adelanta el propio individuo. Se considera también la institucional que se cumple en los organismos de prestación de servicios de salud, sobre la base de manuales de normas y procedimientos que la disponen. Se conoce la profilaxis específica, que se adelanta previamente a determinados procedimientos de tratamiento, especialmente quirúrgicos o invasivos.

Para el Manual de Odontología Pediátrica de la UCV (1996) La Odontología es la que se ocupa de la prevención y la curación de los problemas de salud bucal en niños y adolescentes, tomando en consideración los aspectos psicológicos, biológicos y sociales del paciente.

La odontología integra numerosos conocimientos de todas las áreas de la odontología, pero es una disciplina en si misma, en la que se utilizan técnicas específicas para esta población, de acuerdo a su edad y sus necesidades individuales.

El profesional de esta área tiene como fin lograr la colaboración del niño y del adolescente para conseguir el éxito necesario del tratamiento odontológico. En la mayoría de los casos esto puede lograrse a través de un abordaje psicológico aplicado con conciencia, honestidad y criterio, y sobre todo, basado en una relación afectiva, armónica con el niño y sus padres.

Es indudable que el resultado será el establecimiento de una adecuada relación odontólogo-paciente-padre, el desarrollo de autocontrol y la madurez emocional del niño no solo para afrontar la situación odontológica, sino para manejar otras situaciones similares de la vida cotidiana, y la formación de un buen paciente adulto, sin miedos ni fobias odontológicas, promotor preventivo de su salud bucal.

Según el Manual de Odontología de la UCV (1996) el éxito del tratamiento en la odontología, esta dado por las medidas preventivas contra la caries dental y otras enfermedades que afectan a la cavidad bucal, dichas medidas estarán dirigidas a controlar por lo menos uno de los factores etiológicos: Control de la placa dental, control de la dieta y aumentar la resistencia del diente; cada factor posee medidas preventivas para el control etiológico de la enfermedad.

Atención odontológica para individuo con necesidades especiales

El individuo con necesidades especiales, es aquel que difiere del promedio de la población en cuanto a sus características físicas, psicológicas y/o sociales, y por lo tanto requiere atención especial desde el punto de vista educativo, social y de sus necesidades de salud.

El paciente con necesidades de atención odontológica especial, es aquel paciente cuyas características conductuales, de salud – enfermedad Buco – Maxilo – Facial varían de las características consideradas como “normales” en la mayoría de la población, y que por lo tanto requieren de variaciones en la atención odontológica para garantizar la aplicación del tratamiento requerido y prevenir complicaciones derivadas de su condición de salud – enfermedad.

Atención odontológica especial

Es la aplicación del conocimiento odontológico para abordar y tratar odontológicamente al paciente con necesidades de atención especial, restableciendo satisfactoriamente y sin complicaciones su salud Buco-Maxilo-Facial, y educar a él y a su entorno para evitar el resurgimiento de la misma.

Clasificación odontológica del paciente con necesidad de atención especial.

Tipo I Requiere variaciones en el abordaje.	Alteraciones neurológicas conductuales y/o sensoriales	Retardo Mental Autismo Superdotado Sordo Ciego Maltrato infantil
Tipo II Requiere variaciones en la aplicación de las técnicas odontológicas.	Alteraciones sistémicas agudas y crónicas	Trast. Hematológico Trast. Metabólico Trast. Renales Trast. Cardiacos Trast. Respiratorios Trast. Digestivos Trast. Inmunológicos
Tipo III Requiere variaciones en el abordaje y en la aplicación de las técnicas odontológicas.	Alteraciones Neurológicas y/o físicas no sensoriales	Trast. Convulsivos Trast. Motores Alteraciones Cráneo Faciales

Fases de la atención odontológica especial

Fase de Abordaje: es la fase preliminar y fundamental de la atención odontológica.

Se basa en la aplicación de las técnicas de manejo conductual al paciente, de acuerdo a las características conductuales derivadas de su condición especial y de las características Psico-Social-Educativas derivadas de su entorno, para lograr la confianza y adecuada comunicación con el núcleo familiar.

Fase de aplicación de las técnicas odontológicas: es la fase sucesiva al abordaje en la que se aplican las técnicas odontológicas de acuerdo a las condiciones de salud-enfermedad general y Buco-Maxilo-Faciales del paciente, destinadas a prevenir la aplicación de la enfermedad bucal y fomentar los hábitos orales; eliminar los signos y síntomas de la enfermedad buco dental y devolver la relación interdientaria física y funcionalmente.

Variaciones en la atención odontológica especial

Variaciones en el abordaje

Son los cambios que se introducen en la fase de abordaje del paciente, derivados de sus características conductuales, que permitirá aplicar las técnicas odontológicas requeridas según la condición de salud-enfermedad general y buco-maxilo-facial del paciente.

Variaciones en la aplicación de las técnicas odontológicas

Son los cambios que se introducen en la fase de la aplicación de las técnicas odontológicas, derivados de sus características de salud-enfermedad general y buco-maxilo-facial; que permitirán sanear y/o rehabilitar al paciente evitando consecuencias que pudieran comprometer su estabilidad sistémica y hasta su vida.

Técnica Psicoeducativa para la atención odontológica del individuo con necesidades especiales.

Es el procedimiento de atención odontológica aplicado a los individuos con necesidad de atención especial, que resulta al determinar los parámetros derivados de la condición de salud-enfermedad general y buco-maxilo-facial por un lado, y su condición psico-socio educativa por otro.

Parámetros a determinar para aplicar la técnica Psicoeducativa (T.P.E)

1. Conducta del paciente ante la consulta: Cooperador, No Cooperador (no controlado, agresivo, malcriado, incapaz). Características conductuales derivadas de su condición.
2. Conducta del padre (núcleo familiar): Cooperador, Activo o Pasivo, No Cooperador, Sobre protector, autoritario, rechazador.
3. Afección del paciente: Tipo de afección y su ubicación en la clasificación de paciente con necesidad de atención odontológica especial.
4. Nivel o esfera Psicoeducativa.

Nivel psicoeducativos

Se refiere a la situación cognoscitiva que expresa el individuo, derivado de las características conductuales del momento de su desarrollo neuro-evolutivo.

Medidas preventivas para el control de la placa

Dentro de estas medidas tenemos: Control mecánico de la placa dental (cepillo dental, uso del hilo dental, profilaxis en el consultorio).

Los efectos nocivos de la placa no se deben a la presencia de las bacterias sino a determinados productos de su metabolismo, como son los ácidos, para que esto se produzca, es necesario que las colonias bacterianas alcancen un grado de desarrollo que les permita la producción de metabolitos patológicos, es decir, las colonias deben estar bien organizadas.

Como resulta imposible eliminar todas las colonias bacterianas lo que debemos hacer es desorganizarlas, con este proceso los microorganismos deben concentrar todo su potencial metabólico a la tarea de colonizar, unir y preparar sustratos, de modo que no les quede capacidad para producir ácidos o agentes inflamatorios periodontales.

El método más efectivo para causar la desorganización es el control mecánico de la placa, que comprende lo antes mencionado.

Medidas preventivas del control de la dieta

Otras de las medidas preventivas, esta orientada principalmente al control de hidratos de carbonos en la dieta diaria debido a los efectos locales bien conocidos que sobre el diente estos producen, además de servir de sustrato a los microorganismos cariogénicos.

Cuando son ingeridos los carbohidratos se producen ácidos en la placa dental, este ácido disminuye el Ph de la placa por debajo de 5.5, pudiendo ocurrir una desmineralización del esmalte que ha sido aceptada como el inicio de la caries dental,

la cual avanzara más rápido mientras más frecuente sea la producción de ácidos. Por lo tanto el objetivo principal es de dar a conocer sobre el control de la ingestión frecuente de alimentos con alto contenido de carbohidratos refinados, especialmente la sacarosa la cual esta considerada como la más cariogénica y que desafortunadamente forma parte de gran cantidad de alimentos y chucherias de consumo frecuente en nuestro medio.

También es importante tener en cuenta la retención de estos carbohidratos en la cavidad bucal: los dulces blandos y los caramelos se adhieren a la superficie dental, mientras que otros carbohidratos como el pan integral y las galletas saladas son muchos menos adherentes, así mismos se señalaba al chocolate como un alimento azucarado que contiene factores protectores contra la caries, debido al alto contenido de grasa que disminuye la difusión del azúcar a través de la placa dental para ser metabolizado.

Para mantener un control de la dieta se puede indicar:

- Una alimentación balanceada y sustanciosa que incluya elementos de los cuatro grupos básicos, lo cual disminuirá la ingesta entre comidas.
- Alertar sobre las consecuencias que puede producir la ingesta de dulce y chucherias entre comidas.
- Recomendar que los dulces pueden ser consumidos al terminar de comer en vez de entre comidas.

Medidas para aumentar la resistencia del diente contra la caries

Métodos pre-eruptivos: Estos se logran con una adecuada nutrición del individuo, especialmente durante los periodos de formación del diente, y de maduración pre-eruptiva, que incluye el aumento de contenido mineral de la dieta, con una relación entre el fósforo y el calcio, así como una optima ingestión de fluoruro.

Métodos eruptivos: se puede aumentar la resistencia del diente a la caries dental de una manera química, por medio de las diversas formas de incorporación de fluoruros al esmalte dental o bien físicamente por medio del uso de los sellantes de fisuras.

La caries dental es una de las patologías que el profesional de la odontología tiene que combatir día a día, debido a la falta de información por parte de la sociedad en cuanto a las técnicas de higiene. De hay radica la importancia de que el odontólogo cumpla su papel en el área de prevención a través de los programas de salud bucal.

Debido a que la caries dental y la enfermedad periódontal son las patologías orales que afectan a más del 95% de la población, y siendo la salud oral parte integral de la salud general del individuo, se concluye que la necesidad de prevención de estas enfermedades debe ser universal.

Por esta razón la profesión odontológica tendrá que hacer esfuerzos continuos en la búsqueda de métodos y programas preventivos ya sean a nivel del individuo o comunitario, apoyados en evidencias científicas que ayuden a mantener un estado de salud integral en el individuo.

La Odontopediatría también trata a los niños especiales (síndrome de down – retraso mental), los cuales necesitan una atención adaptada a sus necesidades y a su condición especial.

Basamento legal

Conceptualización y Política de la Modalidad Congruente con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Ante todo lo anteriormente expuesto, al comparar los fundamentos de la Conceptualización y Políticas de la Modalidad Educación Especial con el nuevo

marco jurídico establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y con la misma Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente, podemos concluir expresando con toda propiedad que la Modalidad de Educación Especial queda fortalecida por cuanto la visión y misión asumida para la atención educativa integral de la población con necesidades especiales esta sustentada en un enfoque humanista social, tal como se puede apreciar en los artículos que se enuncian a continuación:

Artículo 3 Establece los fines esenciales del Estado: la defensa y desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, la construcción de una sociedad justa..., entre otros, considerando la educación y el trabajo como los procesos fundamentales para alcanzar estos fines.

Artículo 20 Toda persona sin discriminación tiene derecho al libre desenvolvimiento de la personalidad.

Artículo 21 Todas las personas son iguales ante la ley.

Artículo 79 Derechos de los jóvenes y las jóvenes de ser activos del proceso de desarrollo.

Artículo 81 Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria.

Artículo 87 y 89 Derecho al trabajo y deber de trabajar.

Artículo 102 La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, democrático, gratuito y obligatorio.

Artículo 103 Toda persona tiene derecho a una educación integral, es obligatorio desde el nivel maternal hasta el nivel media diversificada.

En el Título IV, Capítulo II: De la Competencia del Poder Público Nacional, podemos hacer particular referencia a los artículos 156 (numeral 24), 164 (numeral 8), 166 y 178 (numeral 5).

En los actuales momentos, corresponde entonces tanto a la Modalidad Educación Especial como a los Niveles y otras Modalidades del Sistema Educativo Venezolano, participar activamente en el proceso de revisión y elaboración de las Leyes, Reglamentos y otros instrumentos legales en materia educativa atendiendo al nuevo marco jurídico.

En virtud de ello, debe aparecer en los contenidos de la nueva Ley Orgánica de Educación artículos específicos que garanticen la permanencia y alcance de la Misión y Visión de la Modalidad Educación Especial, así como también la garantía del continuun pedagógico de la atención Educativa Integral de esta población a través de una articulación intrasectorial e intersectorial que permita hacer expresa no solamente la igualdad de oportunidades de estudio (ingreso, permanencia, prosecución y culminación), sino la igualdad de condiciones referidos a los derechos de protección y supervivencia de todo ser humano.

La L.O.P.N.A (Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente) N° 5266 Extraordinario del 2 de Octubre 1998. En su artículo 3 “Principio de Igualdad y no discriminación” reza: la ley se aplica por igual a todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna fundada en motivos de...”...”...., discapacidad, enfermedad, nacimiento, o cualquier otra situación del niño o adolescente. Así como el artículo 29 Derecho de los Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales”. Tienen todos los derechos y garantías consagrados y reconocidos por esta ley además de los inherentes a su condición específica y asegurarles el pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades. Además en el artículo 41 párrafo primero: reza que se les debe garantizar acceso universal e igualatorio a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección y tratamiento y rehabilitación de su salud.

Del mismo modo la L.A.C.D.M (Ley Aprobatoria de la Convención sobre los Derechos del Niño) Gaceta Oficial N° 34.541 del 29 de agosto de 1990 reza en su

artículo 23: “Reconoce que el niño mental o físicamente impedido debe disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, que le faciliten la participación activa del niño a la comunidad. Parágrafo 3. “En atención a las necesidades especiales del niño y el adolescente especial, estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual; incluido su desarrollo cultural y espiritual en la máxima medida posible”.

Definición de Términos

Cálculo dental: es la placa bacteriana mineralizada que se deposita sobre la superficie de los dientes y de las prótesis.

Combinación de tareas: es la mezcla de tareas previamente aprendidas dentro del mismo ejercicio. Ejemplo: Primero le enseña al niño en forma receptiva las instrucciones "toca la cabeza", después "toca la pierna", y después "toca el brazo". Cuando el niño las domina cada una de ellas en forma individual, usted las mezcla las tres en un solo ejercicio

Guía de Observación: instrumento que se utiliza para la recolección de datos.

Indicadores: es la ayuda verbal o física del terapeuta para que el niño complete una tarea. Un ejemplo de indicador verbal es el decir: "za..." cuando quiere que el niño diga "zapato". Un ejemplo de indicador físico sería el colocar los dedos del niño de forma en que " señale".

Índice de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracción indicada y obturados. (C.P.O.D.): es la media aritmética de dientes cariados, obturados, extraídos y con extracción indicada, en un paciente o en una comunidad.

Índice de dientes temporarios cariados, extraídos y obturados. (c.e.o.): es la media aritmética de dientes temporarios, en un paciente o una comunidad.

(I.H.O.S.): índice **Índice de Higiene oral simplificado** de higiene oral simplificado: es la suma del promedio de materia alba más el promedio de cálculo.

Lenguaje expresivo: es el uso verbal del lenguaje. Los términos "lenguaje expresivo" y "lenguaje receptivo" o comprensión de lenguaje, pueden emplearse con cualquier palabra que intente enseñarse. Por ejemplo, si está enseñando "él" o "ella" en lenguaje expresivo, significa que usted está tratando de enseñar al niño la forma en que se utilizan apropiadamente las palabras "él, ella". Si usted está enseñando "él" o "ella" en lenguaje receptivo, estará tratando de que el niño entienda la distinción entre ambas palabras. Las habilidades receptivas normalmente se enseñan antes que las expresivas.

Línea base: es la ejecución que el niño realiza de determinada tarea sin ningún tipo de ayuda. El terapeuta le pide al niño que haga o diga algo, sin ofrecer apoyo o directriz alguna. El trabajo de uno consiste en tomar nota de los datos correspondientes a la línea base de dicha habilidad para evaluar qué tanto conoce ya el niño, y qué tanto puede hacer por sí mismo. Por ejemplo, si quiere conocer la línea base de las preposiciones "en" y "debajo" pida al niño que ponga algo *en* o *debajo* de una silla, y observe si entiende sin recibir ayuda.

Modelar: es la demostración o modelamiento por parte del terapeuta de la respuesta correcta que se está enseñando al niño. El modelamiento se utiliza fuertemente durante el comienzo del lenguaje expresivo, y después se desvanece conforme el niño progresa. El modelamiento difiere del proceso de instigación verbal (a través de indicadores) en que el terapeuta demuestra la palabra completa, y no solamente el sonido inicial de la palabra. "Zumo" es un modelo verbal; "zu..." es un indicador verbal.

Morbilidad Bucal: la frecuencia con que las enfermedades bucales aparecen en un paciente o comunidad en un tiempo determinado.

Materia Alba: irritante local de color amarillo o blanco grisáceo, blando, pegajoso que se deposita sobre la superficie de los dientes, producto de la saliva y los restos de alimentos donde los microorganismos viven y se multiplican.

Placa Bacteriana: depósito granuloso, amorfo, constituyendo una ecología o micro universo de bacterias con un sustrato alimenticio adecuado.

Sistema de Atención Odontológico: es un conjunto conformado por: Personal de salud, recursos técnicos y recursos político administrativos, relacionado todo esto con el hábitat que rodea a las personas que van a ser atendidas.

Salud Oral: se refiere a la perfecta armonía de todas las estructuras bucales conservando el aspecto como un todo del organismo

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Diseño de la Investigación

Para las características propias del trabajo en desarrollo, se afirma que éste responde al tipo de investigación conocida como Proyecto Factible, definido por la Universidad Pedagógica Libertador (UPEL)-(1990) como: “La elaboración de una propuesta de tipo práctico, para satisfacer necesidades de una institución o grupo social, pudiéndose referir a la formulación de políticas, programas, técnicas, métodos o procesos. Así mismo estará apoyada en una investigación descriptiva”.

Por la naturaleza del estudio, dicha investigación se encuentra, según González (1993), en la categoría de programa, puesto que el mismo está contemplado en las áreas en que se puede ejecutar y asumir un Propuesta. El estudio se desarrollará en tres fases: Diagnostico, Factibilidad y Diseño de la propuesta.

Tipo de investigación

Aplicada debido a que se dirige fundamentalmente a la resolución de problemas.

Descriptiva, porque, busca la medición precisa de las variables.

Piloto: debido a que con la ayuda de instrumentos menos estructurados, se aplica el estudio a un pequeño grupo en el que se ensayan algunos aspectos con el fin de desarrollar mediante bases sólidas el estudio definitivo.

De Campo: son investigaciones que se realizan en el medio donde se desarrollara el problema. La ventaja principal de este tipo de estudios es que si la muestra es representativa, se pueden hacer generalizaciones acerca de la totalidad de la población, con base en los resultados obtenidos en la población muestreada. Los estudios de campo se dividen en participante y no participante. La investigación participante es aquella en la que el investigador forma parte del grupo estudiado sin que éste sepa que se le esta investigando; en la no participante, el investigador funge como mero observador.

Aspectos Contemplados en el Diagnóstico

Población y Muestra para el Diagnóstico

La población para Bisquerra (1989) “es el conjunto de todos los individuos en los que se desea estudiar el fenómeno”. Para la realización de esta investigación la población es de 180 personas del “Taller Laboral Carabobo”

La muestra según Puertas (1998) “se define como un subconjunto del mismo en el cual estén presentes sus características de interés.”

La muestra es no probabilística de tipo Opinático, ya que el investigador selecciona en forma intencional las unidades maestras (ob.cit). Para el efecto de este trabajo se seleccionaron 82 personas, a las cuales se les aplicó el instrumento de investigación: la historia clínica.

Técnicas de Recolección de datos

- Consulta Bibliográfica; se realizarán visitas y se revisó la documentación existente sobre este tema con el fin de orientar la investigación para alcanzar los objetivos propuestos.
- La Observación de la Situación, ya que es un método simple y directo de recabar información acerca de la investigación que se está realizando.
- El instrumento de Investigación fue la historia clínica, se hicieron una serie de pasos a la muestra establecida; posteriormente se vació el contenido; luego se analizaron los resultados de las historias y se compararon, con la finalidad de recoger la información veraz y objetiva del problema.

Instrumento (historia clínica)

Es un documento estandarizado privado con características: legales, éticas, docentes, estadísticas, médicas o clínicas, con validez universal.

Los datos deben ser consignados en términos adecuados y en forma lógica y ordenada o secuencial.

También se define como una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos y conocimientos, remotas y actuales, personales y familiares, relativos al paciente, que sirven como base para el conocimiento de la enfermedad, y se encuentra conformada en su parte inicial por datos personales, antecedentes personales y familiares, así como el motivo de consulta.

Para la elaboración del instrumento se tomó en cuenta la variable de estudio: Situación de la población de niños y adolescentes con necesidades especiales del Taller Laboral Carabobo en relación a su salud bucal. Posteriormente al diseño de la

historia clínica, cuyo objetivo fundamental era identificar las necesidades del servicio. De igual forma se entrevistó a las autoridades del Taller Laboral, con la finalidad de obtener su opinión acerca de este problema, y al mismo tiempo confrontar sus respuestas con los datos de las historias clínicas, de manera que se establezcan prioridades al momento de realizar las recomendaciones, previo consentimiento de dichas autoridades.

En el estudio de objeto de investigación (Niños con necesidades especiales) se da una relación dinámica en la cual trataremos de conocer las diferentes condiciones para incorporar al desarrollo social a esta parte de la comunidad.

En este sentido se deben determinar técnicas y programas concretos que tiendan, siempre y cuando sea posible, a incorporar a estos elementos de la sociedad y la activada productiva y los convierta en seres útiles para sus semejantes.

A estos efectos se parte de los principios siguientes:

- a) La incorporación del hombre al desarrollo de la sociedad es una condición necesaria para la superación humana.
- b) El desarrollo tecnológico y científico permitirá construir suficientes caminos para desarrollar cualquier grupo social.

Por lo tanto, desde el punto de vista operativo necesitamos las relaciones siguientes:

Niño con necesidad especial	-	Niño Normal
Atención Odontológica en el	-	Atención Odontológica en el niño normal
Niño con necesidad especial		

Factibilidad

Para Cirilo (2002). La Factibilidad Indica a través de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos adecuados, que es posible la elaboración de la propuesta, atendiendo a los recursos humanos, financieros, técnicos, e institucionales.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se analizó cada uno de los factores considerados en la historia clínica odontológica y se procedió a la tabulación manual de los mismos, obteniéndose los siguientes resultados:

CUADRO # 1

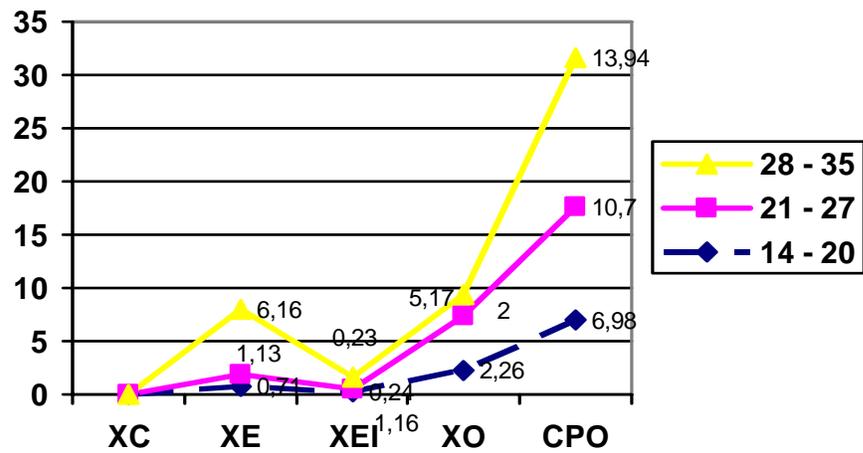
Promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados por edad. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo
Período 2004 – 2005.

EDAD	N	C	XC	E	XE	EI	XEI	O	XO	CPO
14-20	53	200	3.77	38	0.71	13	0.24	120	2.26	6.98
21-27	23	96	4.17	26	1.13	6	0.23	119	5.17	10.7
28-35	6	28	4.66	37	6.16	7	1.16	12	2	13.98
TOTAL	82	324	3.95	101	1.23	26	0.31	251	3.06	8.55

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRAFICO # 1

Promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados por edad. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo
Período 2004 – 2005.



FUENTE.: datos obtenidos de cuadro # 1

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRÁFICO # 1

Análisis de los resultados obtenidos de las historias clínicas aplicadas a los adolescentes con necesidades especiales del “taller Laboral Carabobo”

Con relación al índice de CPO de los adolescentes con necesidades especiales más elevado se determinó que es de 13.98 para los jóvenes de 28 a 35 años, que está dado por las unidades extraídas (6,16) y las obturadas (5,17), seguido de los adolescentes de grupo etareo de 21 a 27 años con un CPOD de 10.7, teniendo en cuenta que los adolescentes del grupo etareo de 14 a 20 años presentan un menor índice de CPO con 6.98; a su vez se constató que el índice de caries más elevado lo presentan los adolescentes con 28 – 35 años con 4.66 seguido de los jóvenes de 21 – 27 años con 4.17, resaltando que los adolescentes de 14 a 20 años presentan mayor índice de dientes obturados con 2.26.

CUADRO # 2

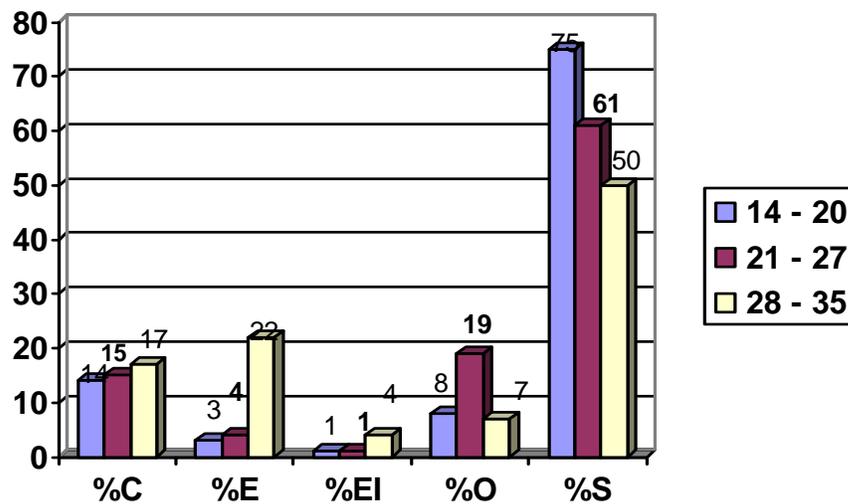
Tasa de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas, obturados y sanos por edad. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo
Período 2004 – 2005.

EDAD TASA	UDP	C	%C	E	%E	EI	%EI	O	%O	S	%S
14-20	1481	200	13.50	38	2.56	13	0.87	120	8.10	110	74.94
21-27	641	96	14.97	26	4.05	6	0.93	119	18.51	394	61.46
28 35	168	28	16.67	37	22.02	7	4.17	12	7.14	84	50
TOTAL	2290	324	14.14	101	4.41	26	1.13	251	10.96	1588	69.34

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 2

Tasa de dientes permanentes cariados, extraídos, extracciones indicadas, obturados y sanos por edad. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo Período 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos de cuadro # 2

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRÁFICO # 2

En cuanto a la tasa de CPO por grupo etareo, se evidenció que el índice de caries más elevado es de 16.67% para los del grupo etareo de 28 a 35 años, seguido de un porcentaje de dientes extraídos de 22.02% y 4.17% de dientes con extracción indicada para el mismo grupo etareo, a demás de 18.51% de dientes obturados para el grupo etareo de 21 a 27 años, teniendo como resultado que el grupo etareo de 14 a 20 años presenta un 74.94% de dientes sanos. Considerando además que prevalecen las unidades dentarias sanas en todas las edades. (Obsérvese tabla # 2 y gráfico 2)

CUADRO # 3

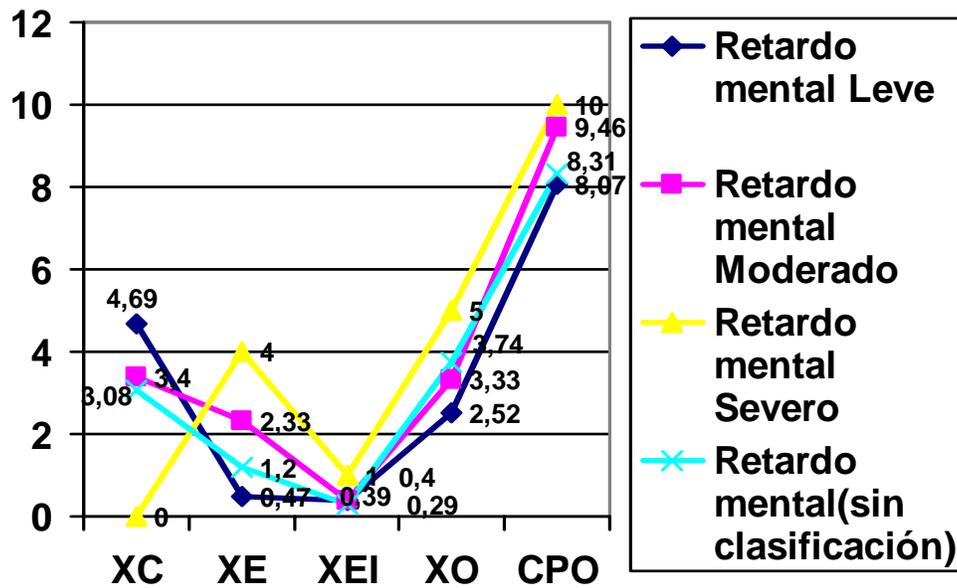
Promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados por retardo mental. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo”
Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL	N	C	XC	E	XE	EI	XEI	O	XO	CPO
RETARDO MENTAL LEVE	23	108	4.69	11	0.47	9	0.39	58	2.52	8.07
RETARDO MENTAL MODERADO	15	51	3.4	35	2.33	6	0.4	50	3.33	9.46
RETARDO MENTAL SEVERO	1	0	0	4	4	1	1	5	5	10
RETARDO MENTAL(SIN CLASIFICACIÓN)	24	74	3.08	29	1.20	7	0.29	91	3.74	8.31
TOTAL	63	233	3.69	79	1.25	23	0.36	204	3.24	8.54

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 3

Promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados por retardo mental. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo”
Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos de cuadro # 3

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRÁFICO # 3

En cuanto al índice de CPO de acuerdo al nivel de retardo mental que presentan los adolescentes del Taller Laboral Carabobo se evidencio que los jóvenes con retardo mental moderado presentan un índice de 10, seguido de los jóvenes con retardo mental moderado que presentan 9.46 teniendo como resultado que los adolescentes con retardo mental leve presentan menor índice de CPO con 8.07, a pesar de que dicho grupo presenta mayor índice de caries con 4.69, seguido de los que presentan retardo mental moderado con 3.4, obteniendo como resultado que los jóvenes con retardo mental severo presentan mayor índice de dientes obturados con un índice de 5. Es importante resaltar, que en el renglón de las unidades dentarias con extracciones indicadas, se presentan valores muy bajos en todas las edades estudiadas.

CUADRO # 4

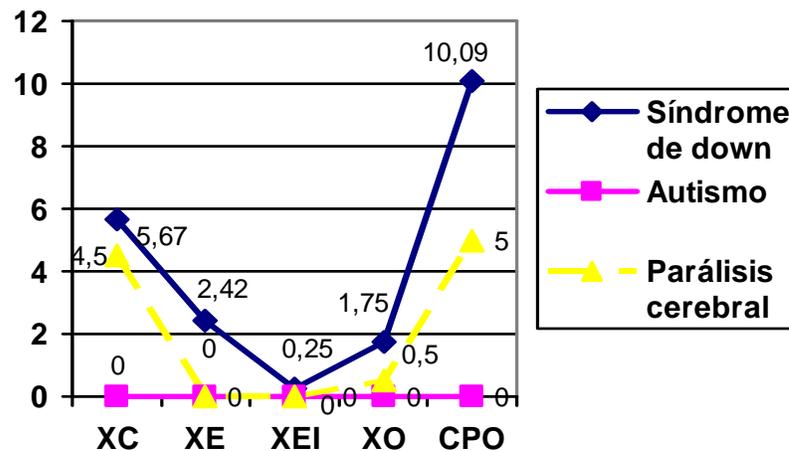
Promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas, y obturados por necesidad especial. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo”
Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL	N	C	XC	E	XE	EI	XEI	O	XO	CPO
SÍNDROME DE DOWN	12	68	5.67	29	2.42	3	0.25	21	1.75	10.09
AUTISMO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PARÁLISIS CEREBRAL	2	9	4.5	0	0	0	0	1	0.5	5
TOTAL	15	77	5.13	29	1.93	3	0.2	22	1.46	8.72

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 4

Promedio de dientes permanentes Cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados por necesidad especial. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo”
Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos de cuadro # 4

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRÁFICO # 4

Con respecto al índice de CPO de los adolescentes según su condición especial se observó que los que presentan síndrome de down tienen mayor índice de CPO con un 10.09, seguido de los que presentan parálisis cerebral un índice de 5.

Teniendo como resultado que el índice de caries mayor es para los que presentan síndrome de down con 5.67, seguido de los que presentan parálisis con 4.5; además se constató que los que presentan autismo presentan un índice de CPO igual a cero según la muestra estudiada.

CUADRO # 5

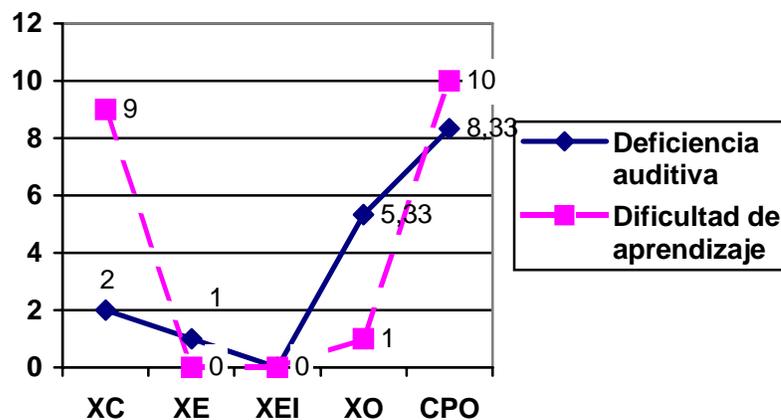
Promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados por deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL	N	C	XC	E	XE	EI	XEI	O	XO	CPO
DEFICIENCIA AUDITIVA	3	6	2	3	1	0	0	16	5.33	8.33
DIFICULTAD DE APRENDIZAJE	1	9	9	0	0	0	0	1	1	10
TOTAL	4	15	3.75	3	0.75	0	0	17	4.25	8.75

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 5

Promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados por deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos cuadro # 6

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRAFICO # 5

Con respecto al índice de CPO por deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje, se constató un índice de 10 para los que presentan dificultad de aprendizaje, teniendo un índice de caries de 9, siendo muy elevado en comparación al otro grupo de estudio que presenta un índice de caries de 2, a pesar de que dicho grupo presenta mayor índice de dientes extraídos (1) y obturados (5.33)

CUADRO # 6

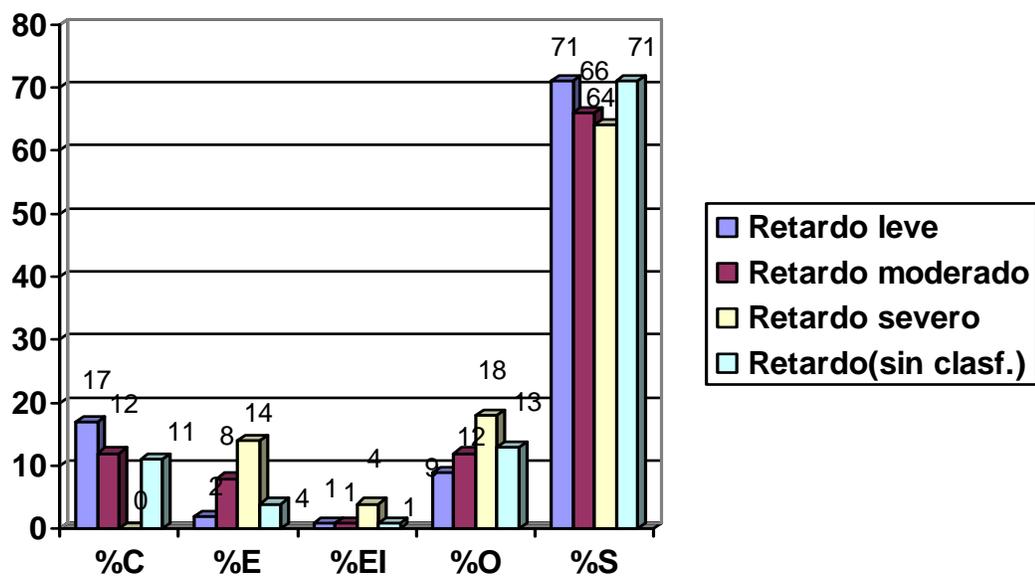
Tasa de dientes permanentes Cariados, extraídos, con extracciones indicadas, obturados y sanos por retardo mental. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL/TASA	UDP	C	%C	E	%E	EI	%EI	O	%O	S	%S	CPO
RETARDO MENTAL LEVE	641	108	16,85	11	1,72	9	1,4	58	9,04	455	71	99,99%
RETARDO MENTAL MODERADO	417	51	12,23	35	8,39	6	1,44	50	12	275	66	99,99%
RETARDO MENTAL SEVERO	28	0	0	4	14,28	1	3,57	5	17,9	18	64	99,99%
RETARDO MENTAL (SIN CLASIFICACIÓN)	700	74	10,57	29	4,14	7	1	91	13	499	71	99,99%
TOTAL	1786	233	13,04	79	4,42	23	1,28	204	11,42	1247	69,82	99,98%

fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 6

Tasa de dientes permanentes. Cariados, extraídos, extracción indicada, obturados y sanos por retardo mental. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos del cuadro # 6

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRAFICO # 6

Con respecto a la tasa de CPO por retardo mental, se observó que las unidades dentarias sanas prevalecen en todas las edades. Mientras que el porcentaje de caries más elevado (16.85%) es para los jóvenes con retardo mental leve, seguido de los de retardo mental moderado con 12.23%, seguido de los jóvenes con retardo mental severo que presentan mayor porcentaje de dientes extraídos 14.28% y 17.9% de dientes obturados, teniendo como resultado que los que presentan retardo mental leve

presentan mayor índice de dientes sanos a pesar de presentar un mayor porcentaje de caries.

CUADRO # 7

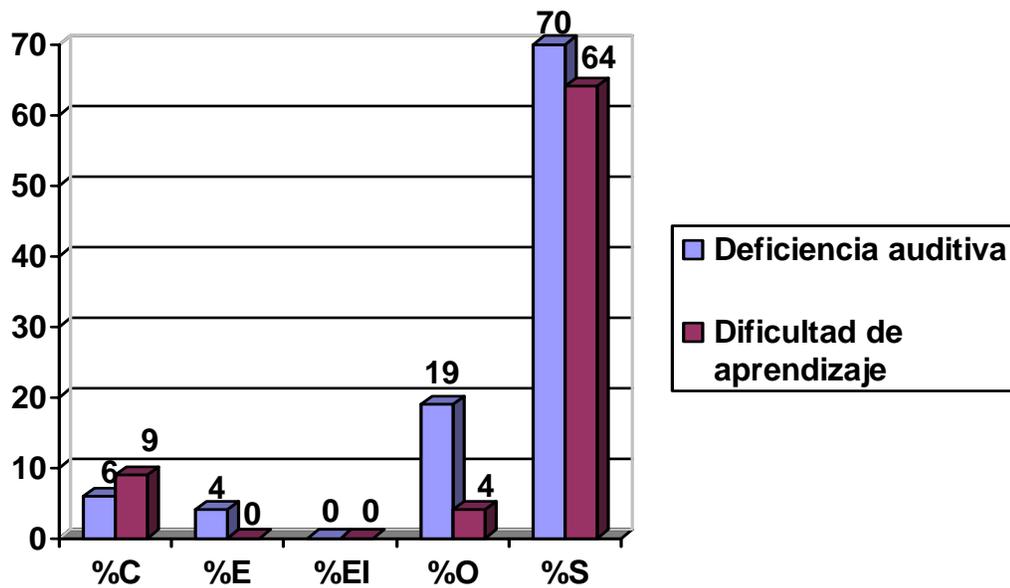
Tasa de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas, obturados y sanos por deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL	UDP	C	%C	E	%E	EI	%EI	O	%O	S	%S
DEFICIENCIA AUDITIVA	84	6	7.14	3	3.57	0	0	16	19	59	70
DIFICULTAD DE APRENDIZAJE	28	9	32.14	0	0	0	0	1	3.57	18	64
TOTAL	112	15	13.39	3	2.67	0	0	17	15.17	77	68.75

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 7

Tasa de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas, obturados y sanos por deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos del cuadro # 7

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRAFICO # 7

En cuanto a la tasa de CPO según deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje, se constató un 32.14% de caries para los que presentan dificultad de aprendizaje y 7.14% de caries para el otro grupo de estudio, teniendo mayor porcentaje de dientes extraídos y mayor porcentaje de dientes obturados. Teniendo como resultado que los que presentan deficiencia auditiva presentan mayor porcentaje de dientes sanos con 70%.

CUADRO # 8

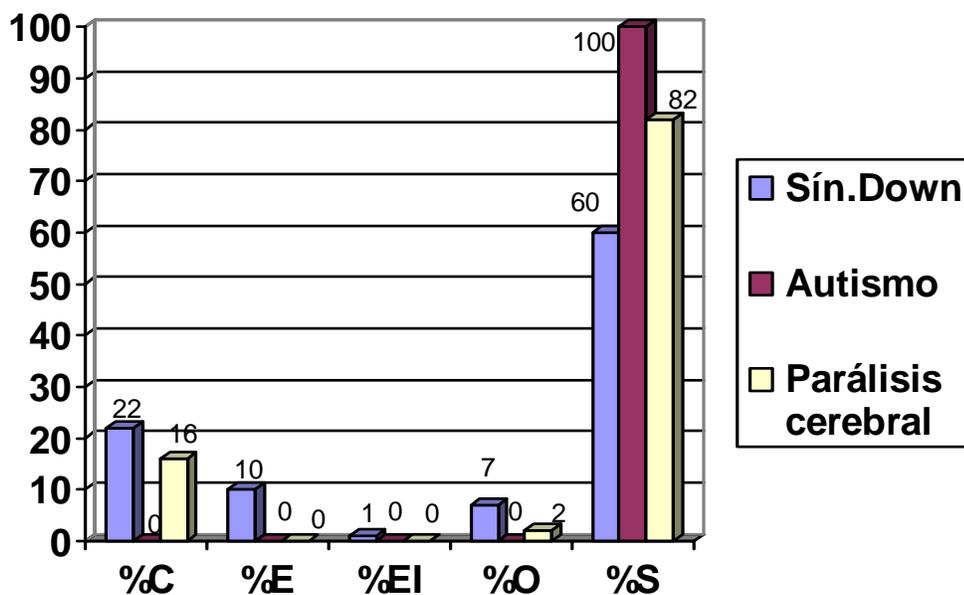
Tasa de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas, obturados y sanos por necesidad especial. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL/ TASA	UDP	C	%C	E	%E	EI	%EI	O	%O	S	%S
SÍNDROME DE DOWN	305	68	22.29	29	9.5	3	0.98	21	6.88	184	60
AUTISMO	28	0	0	0	0	0	0	0	0	28	100
PARÁLISIS CEREBRAL	56	9	16.07	0	0	0	0	1	1.78	46	82
TOTAL	389	77	19.79	29	7.45	3	0.77	22	5.65	258	66.32

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 8

Tasa de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas, obturados y sanos por necesidad especial. De los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos de cuadro # 8

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRAFICO # 8

En cuanto a la tasa de CPO según necesidad especial, se constató que los que presentan síndrome de down tienen mayor porcentaje de caries con 22.29%, seguido de los de parálisis cerebral con 16.7%, también se observó que los de síndrome de down presentan un porcentaje de dientes extraídos con 9.5% y 60% de dientes sanos. Teniendo como resultado que los adolescentes con autismo presentan un índice de 100% de dientes sanos. En comparación con los otros grupos de estudio.

CUADRO # 9

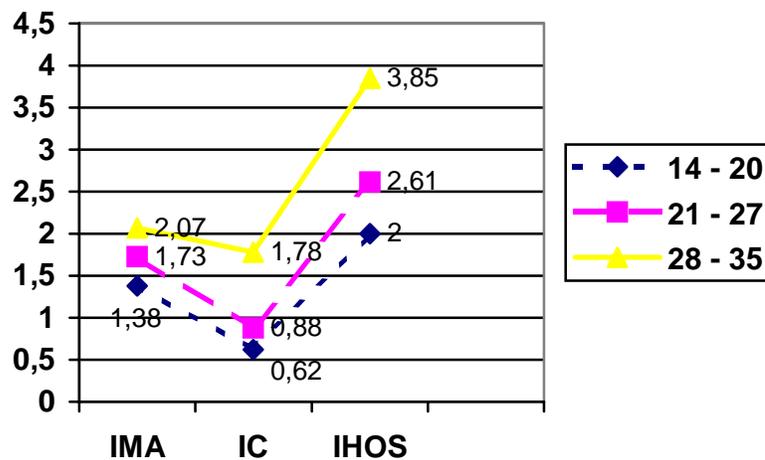
Índice de higiene oral simplificado (IHOS) por edad de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

IHOS/EDAD	N	ΣIMA	IMA	ΣIC	IC	IHOS
14 – 20	53	73.51	1.38	33.06	0.62	2
21 – 27	23	39.94	1.73	20.29	0.88	2.61
28 – 35	6	12.46	2.07	10.69	1.78	3.85
TOTAL	82	125.91	1.53	64.04	0.78	2.31

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 9

Índice de higiene oral simplificado (IHOS) por edad de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos cuadro # 9

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRÁFICO # 9

En cuanto al índice de higiene oral simplificado (IHOS) se pudo observar que los adolescentes que se encuentran en el grupo etareo de 28 a 35 años presentaron el índice de higiene oral más elevado con 3.85, es decir que presentan un índice de materia alba de 2.07 y un índice de cálculo de 1.78, seguido de los adolescentes con edades comprendidas entre 21 y 27 años con un índice de higiene oral de 2.61, teniendo como resultado que presentan un índice de material alba de 1.73 y un índice de cálculo de 0.88, seguido por los del grupo etareo de 14 a 20 años con un índice de 2.

CUADRO # 10

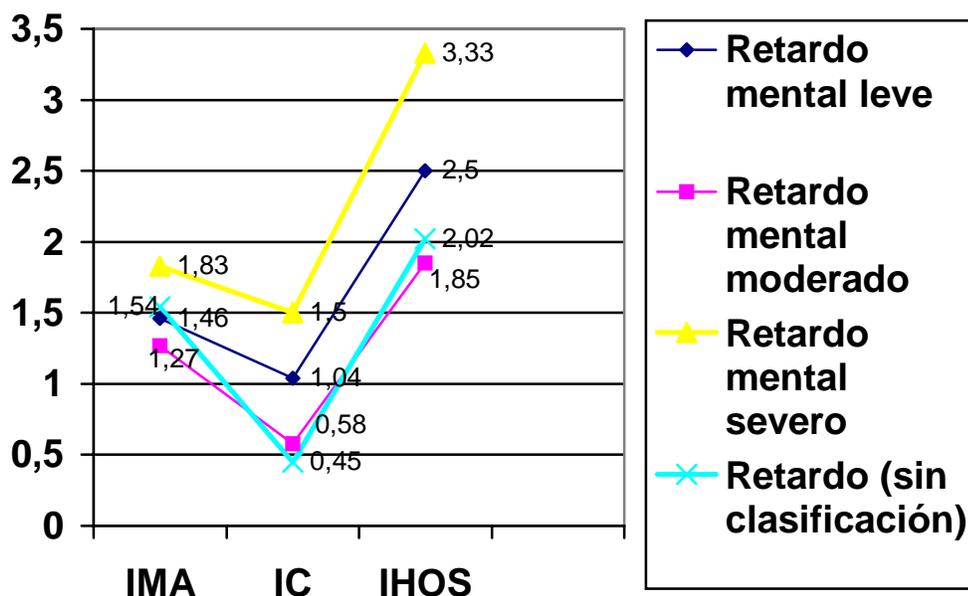
Índice de higiene oral simplificado (IHOS) por retardo mental de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

IHOS / NECESIDAD ESPECIAL	N	ΣIMA	IMA	ΣIC	IC	IHOS
RETARDO MENTAL SEVERO	1	1.83	1.83	1.5	1.5	3.33
RETARDO MENTAL MODERADO	15	19.07	1.27	8.74	0.58	1.85
RETARDO MENTAL LEVE	23	33.77	1.46	24.1	1.04	2.5
RETARDO MENTAL (SIN CLASIFICACIÓN)	24	37.73	1.54	10.94	0.45	2.02
TOTAL	63	92.4	1.47	45.28	0.72	2.19

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 10

Índice de higiene oral simplificado (IHOS) por retardo mental de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos del cuadro # 10

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRÁFICO # 10

Con respecto al índice de IHOS por retardo mental, se observó que los que presentan retardo mental severo tienen mayor índice con 3.33, seguido de los de retardo mental leve con 2.5 y retardo mental moderado con 1.85. Resaltando que el IHOS está dado en su mayor proporción por la materia alba en todas las edades estudiadas.

CUADRO # 11

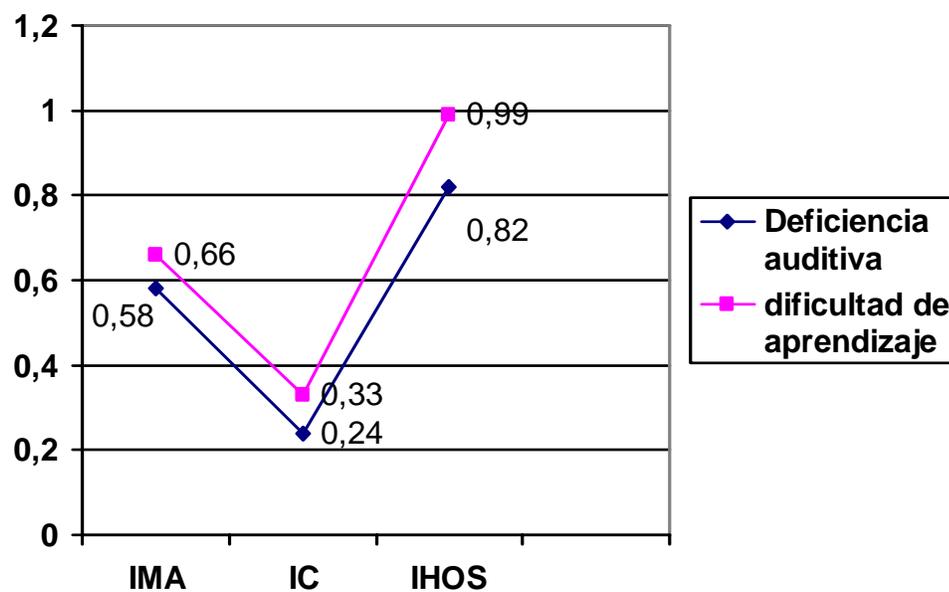
Índice de higiene oral simplificado (IHOS) por deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

IHOS / NECESIDAD ESPECIAL	N	ΣIMA	IMA	ΣIC	IC	IHOS
DEFICIENCIA AUDITIVA	3	1.76	0.58	0.73	0.24	0.82
DIFICULTAD DE APRENDIZAJE	1	0.66	0.66	0.33	0.33	0.99
TOTAL	4	2.42	0.60	1.06	0.26	0.86

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 11

Índice de higiene oral simplificado (IHOS) por deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos del cuadro # 11

ANÁLISIS CUADRO Y GRÁFICO # 11

En relación con el índice de IHOS según deficiencia auditiva y dificultad del aprendizaje, se observa que el mayor índice lo presentan los que tienen dificultad del aprendizaje con 0.99 seguido del otro grupo de estudio con 0.82. Dicho índice está representado en su mayor proporción por la materia alba en todas las edades.

‘CUADRO # 12

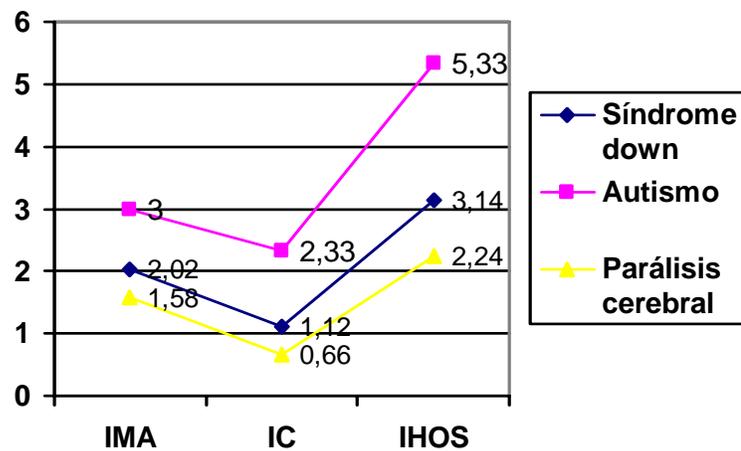
Índice de higiene oral simplificado (IHOS) por necesidad especial y dificultad de aprendizaje de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

IHOS / NECESIDAD ESPECIAL	N	ΣIMA	IMA	ΣIC	IC	IHOS
SÍNDROME DOWN	12	24.27	2.02	13.51	1.12	3.14
AUTISMO	1	3	3	2.33	2.33	5.33
PARÁLISIS CEREBRAL	2	3.16	1.58	1.33	0.66	2.24
TOTAL	15	30.43	2.02	17.17	1.14	3.16

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 12

Índice de higiene oral simplificado (IHOS) por necesidad especial y dificultad de aprendizaje de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos del cuadro # 12

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRAFICO # 12

Con respecto al índice de IHOS según necesidad especial se constató que los adolescentes que presentan autismo tienen mayor índice con 5.33 seguido de los que presentan síndrome de down con 3.14 y para los de parálisis cerebral con 2.24.

CUADRO # 13

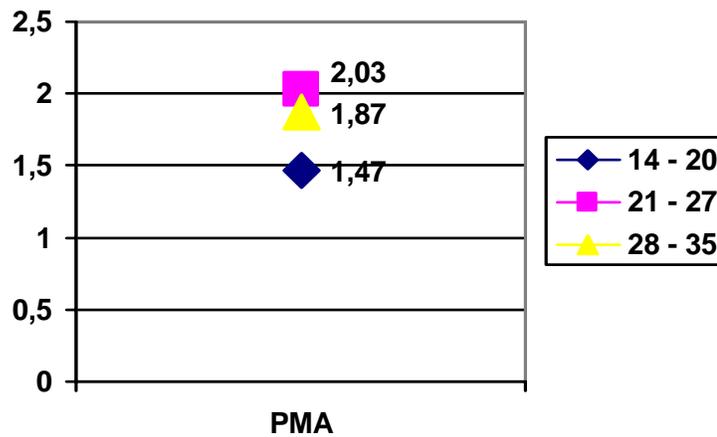
Índice de PMA por edad de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL/PMA	N	Σ PMA	PMA
14 – 20	53	77.92	1.47
21 – 27	23	46.74	2.03
28 – 35	6	11.25	1.87
TOTAL	82	135.91	1.65

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRAFICO # 13

Índice de PMA por edad de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos del cuadro # 13

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRAFICO # 13

En torno al índice de PMA por edad de los adolescentes del Taller Laboral Carabobo se observó que los del grupo etareo de 21 a 27 años presentan mayor índice de PMA respecto con los otros grupos estudiados con un 2.03, seguido de los jóvenes con edades comprendidas entre 28 y 35 años de edad.

CUADRO # 14

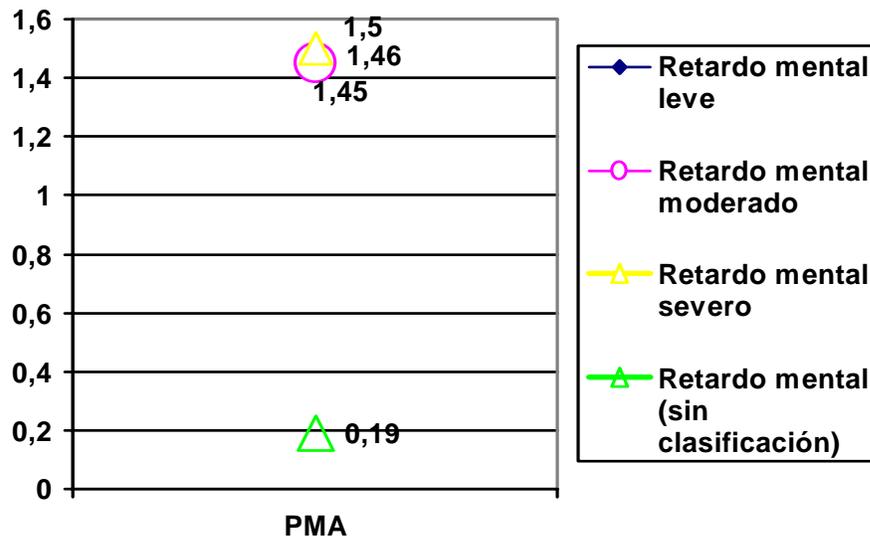
Índice de PMA por retardo mental de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo”
Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL/PMA	N	ΣPMA	PMA
RETARDO MENTAL LEVE	23	33.72	1.46
RETARDO MENTAL MODERADO	15	21.83	1.45
RETARDO MENTAL SEVERO	1	1.5	1.5
RETARDO MENTAL (SIN CLASIFICACIÓN)	24	4.62	0.19
TOTAL	63	61.67	0.97

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 14

Índice de PMA por retardo mental de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo”
Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos en cuadro # 14

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRÁFICO # 14

Con relación al PMA de los adolescentes del Taller Laboral Carabobo se pudo observar que los que presentan retardo mental leve tienen 1.46, seguido por los de retardo mental moderado con 1.46 y retardo mental severo con 1.5.

CUADRO # 15

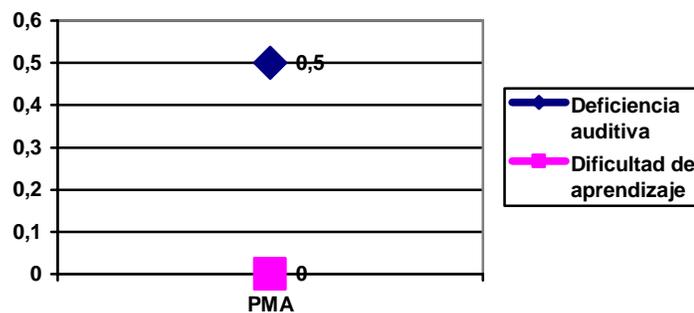
Índice de PMA por deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL/PMA	N	ΣPMA	PMA
DEFICIENCIA AUDITIVA	3	1.5	0.5
DIFICULTAD DE APRENDIZAJE	1	0	0
TOTAL	4	1.5	0.37

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRÁFICO # 15

Índice de PMA por deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos de cuadro # 15

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRÁFICO # 15

Con relación al PMA de los adolescentes con deficiencia auditiva y dificultad del aprendizaje, se observó que el PMA mayor lo presentan los de deficiencia auditiva con 0.5 seguido del otro grupo de estudio con un índice igual a 0.

CUADRO # 16

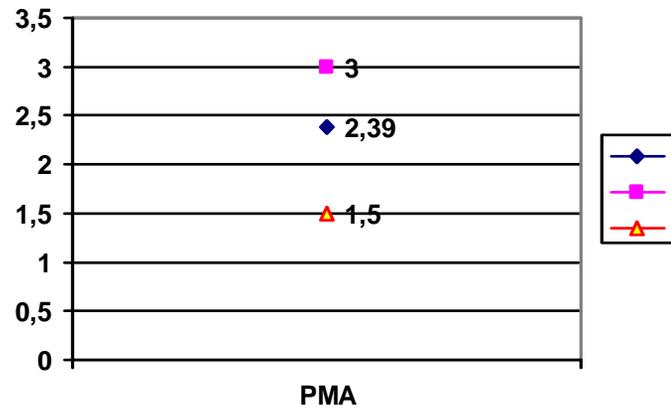
Índice de PMA por necesidad especial de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.

CONDICIÓN ESPECIAL/PMA	N	ΣPMA	PMA
SÍNDROME DOWN	12	28.74	2.39
AUTISMO	1	3	3
PARÁLISIS CEREBRAL	2	3	1.5
TOTAL	15	34.74	2.31

Fuente: tabla elaborada sobre la base de datos recolectada por los autores

GRAFICO # 16

Índice de PMA por necesidad especial de los adolescentes con necesidades especiales del “Taller Laboral Carabobo”. Ubicado en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo” Periodo 2004 – 2005.



FUENTE: datos obtenidos del cuadro # 16

ANÁLISIS DE CUADRO Y GRAFICO # 16

Con respecto al índice de PMA de los adolescentes con necesidades especiales, se observó que los que presentan el índice mayor corresponde a los jóvenes con autismo con 3, seguido de los que presentan síndrome de down con 2.39, y parálisis cerebral con 1.3.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS

Según los resultados de salud bucal en los cuadros estadísticos y gráficos, objeto del diagnóstico epidemiológico realizado a los adolescentes con necesidades especiales de “Taller Laboral Carabobo” ubicado en el Municipio Naguanagua del Estado Carabobo, se realiza un análisis cualitativo que permite establecer una situación objetiva entre caries dental, el índice de higiene oral y el índice de inflamación periodontal en la población estudiada, comparando los resultados con la bibliografía expuesta en el fundamento teórico.

En primer lugar se puede citar, que para la población estudiada por grupo etareo, prevalecen las unidades sanas con respecto a las que se encuentran en condición de cariadas, con un porcentaje de 74.94% para el grupo etareo de 14 a 20 años, y 61.46% para los que presentan de 21 a 27 años.

También se encontró que el índice de CPO en la población estudiada por grupo etareo es muy alto, con respecto a los valores reportados por la OMS (1998) en las unidades dentarias permanentes, ya que están entre el renglón de 13.98(28 a 35 años) a 10.7 (21 a 27 años) y a 6.98 (14 a 20 años). Sin embargo se observa un aumento progresivo con la edad, a expensas de las unidades dentarias cariadas, características que predomina en los países en vía de desarrollo.

Con respecto a las características según su necesidad especial se constató gran diferencia entre los valores encontrados en cuanto a los valores de CPO. En la población del “Taller Laboral Carabobo”, los adolescentes con síndrome de down presentan un mayor promedio de CPO que los otros adolescentes con necesidades especiales.

Así mismo, al estudiar el promedio de dientes obturados en el CPO, se observa que es relativamente moderado para el grupo etareo de 21 a 27 años y relativamente alto para los que presentan 28 a 35 años, lo que quiere decir que es moderada la asistencia a los centros clínicos odontológicos, con respecto al grupo etario, debido a que por condición especial es bajo para los que presentan retardo mental leve de 2.52, 0.5 para los que presentan parálisis cerebral, 1 con dificultad de aprendizaje y 1.75 para los que presentan síndrome de down, demostrando una actitud pasiva de los padres o representantes. Sin embargo se tiene que considerar el promedio de dientes extraídos que es alto para los jóvenes de 28 a 35 años con 6.16, característica que refleja un estado de salud bucal alto en la población estudiada, con respecto a los niveles de prevalencia del CPO en la OMS (1998).

Al analizar la situación de higiene bucal, se aprecia que el IHOS en los adolescentes es regular para los que presentan de 14 a 27 años de edad comprendido entre 2 – 2.61 y malo para los jóvenes con 28 a 35 años con 3.85 reporta Sosa M (2003). Considerando que los adolescentes presentan una higiene oral deficiente, por poseer alteración en el desarrollo psicomotor, los de menor grado de necesidad especial están en capacidad de realizar una mejor técnica de cepillado. Tomando en consideración que el índice según la necesidad especial de los adolescentes de dicho taller es similar tanto por grupo etario como por necesidad especial.

En este mismo orden se puede constatar, que la mayoría de la población estudiada, presentan un índice bucal regular y malo, términos generales, ya que se ubican dentro del renglón de 1,3 – 3,0 (Regular) y 3,1 – 6,0 (Malo) según datos reportados por Sosa y col. (2003).

Con respecto al índice de PMA es sumamente alto debido a las causas antes expuestas en los dos párrafos anteriores.

RESULTADOS

Con respecto al primer objetivo se realizo un diagnostico de salud bucal detectando la necesidad de un programa de atención odontológica en el niño y el adolescente especial.

El índice de salud bucal, representado por el índice de higiene oral simplificado y el PMA arrojaron resultados de IHOS de 2.31 y PMA de 1.65, que para los estándares de la OMS se encuentran dentro del renglón “regular”.

En cuanto al índice de cpod (cariados, perdidos y obturados de dientes permanentes), es de 8.55, que según los estándares de la OMS, esta ubicado en el renglón “muy alto”

De acuerdo a la condición especial se determino, que los adolescentes con síndrome de down presentaron mayor prevalencia de caries, calculo, materia alba e inflamación gingival, en comparación con el resto de las necesidades estudiadas.

En virtud de lo planteado se justifica la necesidad de implementar un programa piloto de salud bucal integral, al adolescente especial del “taller laboral Carabobo”. incluida en la propuesta anexa.

CONCLUSIÓN

Una vez realizado el diagnóstico de Salud Bucal en los adolescentes especiales del “Taller Laboral Carabobo”, se pudo concluir de los resultados obtenidos: que la salud bucal de los adolescentes pertenecientes a esta institución, es muy precaria, debido a su misma condición de especial y sus repercusiones psicomotoras que limitan el buen desempeño de las técnicas de higiene oral. Aun prevaleciendo en ellos las unidades dentarias en condición de sanas.

Las condiciones especiales de los adolescentes estudiados están dadas por: retardo mental en sus tres niveles, síndrome de down, autismo, parálisis cerebral, deficiencia auditiva y dificultad de aprendizaje, con relación a su salud bucal, partiendo de los diferentes métodos de diagnóstico odontológico, se puede afirmar que los que presentan síndrome de down requieren de una atención odontológica inmediata.

Considerando que la autoestima del paciente especial, está en función de las condiciones de salud bucal, se puede decir que existe la necesidad de la implementación de programas de salud bucal integral con servicios de atención odontológica al adolescente con necesidades especiales.

Por este motivo se elaboró una Propuesta de un Programa Piloto de Salud Bucal Integral, al Adolescente Especial del “Taller Laboral Carabobo”. Periodo 2004 – 2005 Naguanagua – Estado Carabobo. Enfatizando en la Teoría de Salud Pública, con respecto a la educación y prevención de la Salud Bucal.

REOCMENDACIONES

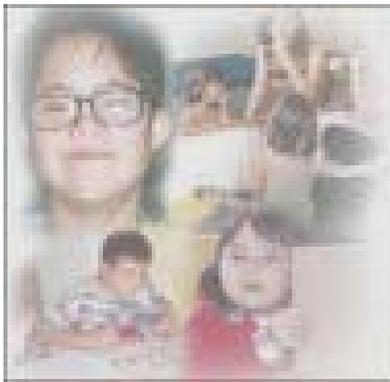
Ya realizado todo el análisis y obtenidas las conclusiones de la investigación surgen las siguientes recomendaciones:

Tomando en cuenta que entre los objetivos que se plantean para la elaboración de “la Propuesta de un Programa Piloto de Salud Bucal Integral, al adolescente especial del Taller Laboral Carabobo”, es la de diagnosticar, educar e informar, y orientar a la sociedad, la cual debe reforzar esta función en los programas de salud pública dirigido a todas las personas sin importar raza, condición social y necesidades especiales de cada individuo. Ya que básicamente se cumplen solo las funciones a un cierto grupo de individuos dejando a un lado a los niños y adolescentes con necesidades especiales por fuera.

Se recomienda seguir trabajando en pro de los resultados obtenidos a partir de los estudios y diagnósticos de necesidad bucal que presentan estos jóvenes, hasta que estos ya no resulten insatisfactorios como hasta ahora.

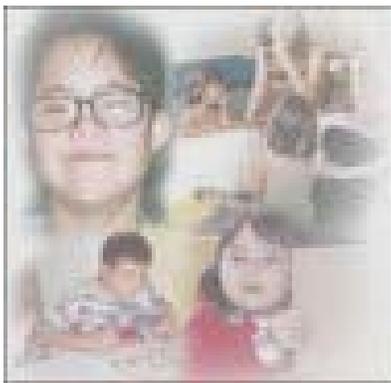
Seguir trabajando y elaborando programas de salud bucal integral, llevándolos a cabo con los individuos con necesidades especiales para mejorar su calidad de salud bucal en general, para así lograr integrarlos cada vez mas a la sociedad sin menospreciar a estos jóvenes que forman parte de nuestro día a día y deben ser tomados en cuenta.

Estar pendiente en los cambios de índices de salud bucal de estos jóvenes, es decir, ir observando cual es su conducta, con el fin de actualizar y refrescar los datos epidemiológicos obtenidos en el diagnóstico, de acuerdo a las nuevas tendencias de la salud pública como es la prevención y educación de la salud.



CAPÍTULO V





**PROGRAMA PILOTO DE SALUD BUCAL
INTEGRAL AL ADOLESCENTE ESPECIAL, DEL
“TALLER LABORAL CARABOBO” PERIODO
2004-2005.**

**MUNICIPIO NAGUANAGUA. ESTADO
CARABOBO**



INTRODUCCIÓN

HOY EN DÍA LA PROBLEMÁTICA DE SALUD BUCAL CONSTITUYE UNAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DENTAL DE LA GRAN MAYORÍA DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADULTA, LA MISMA VINCULADA EN MUCHO DE LOS CASOS AL DESCONOCIMIENTO DE LA ATENCIÓN ESPECIFICA HACIA ESTOS SECTORES, COMO ES EL CASO DE LOS JÓVENES CON NECESIDADES ESPECIALES, QUIENES POR TENER CARACTERÍSTICAS PROPIAS A SU NECESIDAD NO PERCIBEN UNA ATENCIÓN ACORDE QUE LES PERMITA PREVER ESTE TIPO DE LESIONES.

POR TAL MOTIVO SE PROPONE EL DISEÑO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SALUD BUCAL INTEGRAL AL ADOLESCENTE ESPECIAL DEL TALLER LABORAL CARABOBO. UBICADO EN EL MUNICIPIO NAGUANAGUA. ESTADO CARABOBO, CON LA FINALIDAD DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y POR ENDE LA SALUD BUCAL DE ESTOS JÓVENES, PARA ASÍ FOMENTAR LA HIGIENE ORAL, QUE SE ENCUENTRA ABANDONADA DEBIDO A LA FALTA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA RESULTANTE DE SU CONDICIÓN ESPECIAL, EN LA QUE SE DEBE CONSIDERAR INTRODUCIRSE EN SU MUNDO, EN SU CONTEXTO PARA ASÍ OBTENER LAS TÉCNICAS Y RESULTADOS MÁS APROPIADOS PARA MANTENER LOS ÍNDICES DE CPOD (DIENTES CARIADOS, EXTRAÍDOS, CON EXTRACCIÓN INDICADA Y OBTURADOS) Y LOS ÍNDICES DE HIGIENE ORAL ADECUADOS, EN ESTA POBLACIÓN.

OBJETIVOS

- 
1. INSTRUIR Y EVALUAR HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL A LOS ADOLESCENTES QUE TENGAN MENOR GRADO DE CONDICIÓN ESPECIAL.
 2. INSTRUIR Y EVALUAR HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL A LOS ADOLESCENTES QUE TENGAN MAYOR GRADO DE CONDICIÓN ESPECIAL.
 3. BRINDAR A LOS DOCENTES LAS TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LOS JÓVENES CON NECESIDADES ESPECIALES (TÉCNICAS DE CEPILLADO, TÉCNICAS DE ENJUAGUE BUCAL, DIETA)
 4. CONCIENTIZAR A LOS PADRES O REPRESENTANTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE BUCAL DE SUS HIJOS O REPRESENTADOS CON NECESIDADES ESPECIALES. (CHARLAS TRÍPTICOS Y DEMOSTRACIONES).
 5. EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL A LOS MAESTROS AL MOMENTO DE IMPARTIR LA EDUCACIÓN A LOS ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.
 6. EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS Y TÉCNICAS ADQUIRIDAS DE HIGIENE BUCAL DE LOS PADRES O REPRESENTANTES CON HIJOS CON NECESIDADES ESPECIALES.

ESTRATEGIAS

OBJETIVO 1: INSTRUIR Y EVALUAR HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL A LOS ADOLESCENTES QUE TENGAN MENOR GRADO DE CONDICIÓN ESPECIAL.

TÉCNICA: EL ESPEJO

MECÁNICA: SE INVITA AL ADOLESCENTE A COLOCARSE FRENTE AL ESPEJO CON UN CEPILLO DENTAL, Y SE LE PIDE QUE IMITE LOS MOVIMIENTOS REALIZADOS POR EL ODONTÓLOGO, CON EL CUAL, EL ADOLESCENTE VA A SIMULAR DICHA SITUACIÓN (CON OPINIONES Y CONVERSACIONES).



EVALUACIÓN: SE LE PIDE AL ADOLESCENTE QUE REPITA LOS MOVIMIENTOS SIMULADOS POR EL ODONTÓLOGO, HACIENDO Y COMENTANDO LA ACTIVIDAD.

NIVELES TERAPÉUTICOS:

- a) CONCIENCIA DE MI BOCA
- b) ASPECTOS EMOCIONALES.



OBJETIVO 1: INSTRUIR Y EVALUAR HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL A LOS ADOLESCENTES QUE TENGAN MENOR GRADO DE CONDICIÓN ESPECIAL.

TÉCNICA: EL DIBUJO EMOCIONAL DE MI BOCA

MECÁNICA: SE INSTRUYE AL ADOLESCENTE A TRAVÉS DE IMÁGENES DE CONDICIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD BUCAL, Y SE LE FACILITA UN DIBUJO CON DOS BOCAS, CON EL CUAL, EL VA A SIMULAR SITUACIONES, DE BOCA SANA Y BOCA ENFERMA.



NIVELES TERAPÉUTICOS

- a) CONCIENCIA DE MI BOCA
- b) VALORIZACIÓN DE MI BOCA



OBJETIVO 2: INSTRUIR Y EVALUAR HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL A LOS ADOLESCENTES QUE TENGAN MAYOR GRADO DE CONDICIÓN ESPECIAL.

TÉCNICA: ADIESTRAMIENTO Y MODELAMIENTO DEL ENJUAGUE BUCAL Y CEPILLADO DENTAL.

MECÁNICA: SE INVITA AL ADOLESCENTE A COLOCARSE FRENTE AL LAVAMANOS Y ESPEJO, SE ENSEÑA A ENJUAGARSE LA BOCA MEDIANTE LA IMITACIÓN Y LUEGO EL ODONTÓLOGO LE TOMA LA MANO CON EL CEPILLO DENTAL Y LE VA HACIENDO MOVIMIENTOS SIMULANDO EL CEPILLADO Y CEPILLÁNDOLO PARA QUE EL ADOLESCENTE ADQUIERA CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS.



EVALUACIÓN: SE EVALÚA LOS MOVIMIENTOS DE IMITACIÓN CON RESPECTO AL ENJUAGUE BUCAL Y TÉCNICAS DE CEPILLADO.

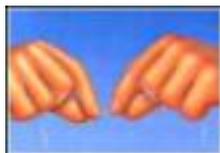
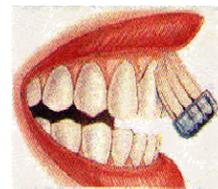
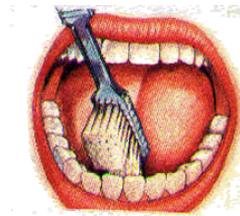
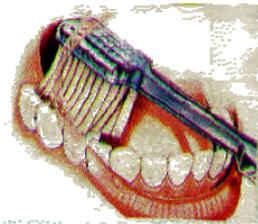
NIVELES TERAPÉUTICOS:

- a) CONCIENCIA DE MI BOCA
- b) CONFIANZA HACIA EL ODONTÓLOGO.

OBJETIVO 3: BRINDAR A LOS DOCENTES LAS TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LOS JÓVENES CON NECESIDADES ESPECIALES (TÉCNICAS DE CEPILLADO, TÉCNICAS DE ENJUAGUE BUCAL, DIETA)

TÉCNICA: TÉCNICA DE CEPILLADO E HIGIENE BUCAL.

MECÁNICA: SE LE IMPARTE UNA CHARLA A LOS DOCENTES EXPLICÁNDOLES Y DEMOSTRANDOLES PASO A PASO CADA UNA DE LAS TÉCNICAS PARA LA HIGIENE BUCAL (TÉCNICAS DE CEPILLADO, EL USO DEL HILO DENTAL Y ENJUAGUE FLUORADOS)



OBJETIVO 4: CONCIENTIZAR A LOS PADRES O REPRESENTANTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE BUCAL DE SUS HIJOS O REPRESENTADOS CON NECESIDADES ESPECIALES. (CHARLAS, TRÍPTICOS Y DEMOSTRACIONES).

TÉCNICA: CHARLA, DEMOSTRACIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO. (TRÍPTICOS/DÍPTICOS)

MECÁNICA: SE INVITA A LOS PADRES Y REPRESENTANTES A PARTICIPAR EN CHARLAS DE SALUD BUCAL, CON LA FINALIDAD DE EDUCARLOS UN POCO MEDIANTE LA DEMOSTRACIÓN DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO CON SUS PROPIOS HIJOS O REPRESENTADOS CON NECESIDADES ESPECIALES, Y OBSEQUIÁNDOLES TRÍPTICOS CON LOS TEMAS DE LA CHARLA Y DEMOSTRACIÓN. PARA ASÍ ELLOS AYUDARLOS A TENER UNA MEJOR CALIDAD SALUD BUCAL Y GENERAL.



OBJETIVO 5: EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL A LOS MAESTROS AL MOMENTO DE IMPARTIR LA EDUCACIÓN A LOS ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.

TÉCNICA: CUESTIONARIO

MECÁNICA: ESTE CUESTIONARIO TIENE COMO FINALIDAD CONOCER EL GRADO DE INFORMACIÓN ADQUIRIDO EN CUANTO A LAS TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL.

CUESTIONARIO

1. ¿CONOCE USTED LAS TÉCNICAS DE CEPILLADO?

SI NO

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA NOMBRE (2) DOS DE ELLAS. SI ES NO CONTINUÉ A LA PREGUNTA NUMERO DOS (2)

2. CONOCE LA TÉCNICA DEL HILO DENTAL.

SI NO

SI ES SI EXPLIQUE BREVEMENTE

3. MARQUE CON UNA (X) LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS QUE USTED CONSIDERE CORRECTO QUE DEBE MANTENER UNA PERSONA.

- a) RICAS EN PROTEÍNAS Y AZUCARES
- b) RICAS EN PROTEÍNAS
- c) RICAS EN PROTEÍNAS Y CARBOHIDRATOS
- d) TODAS LAS ANTERIORES
- e) NINGUNA DE LAS ANTERIORES.

OBJETIVO 6: EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS Y TÉCNICAS ADQUIRIDAS DE HIGIENE BUCAL DE LOS PADRES O REPRESENTANTES CON HIJOS CON NECESIDADES ESPECIALES.

TÉCNICA: DEMOSTRACIÓN

MECÁNICA: AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE LE PIDE AL PADRE O REPRESENTANTE QUE LE EXPLIQUE AL ADOLESCENTE LAS TÉCNICAS DE CEPILLADO E HIGIENE BUCAL, A TRAVÉS DE MACRO MODELOS.



ASÍ AFIANZAR LA CONFIANZA ENTRE EL ADOLESCENTE Y SU REPRESENTADO.

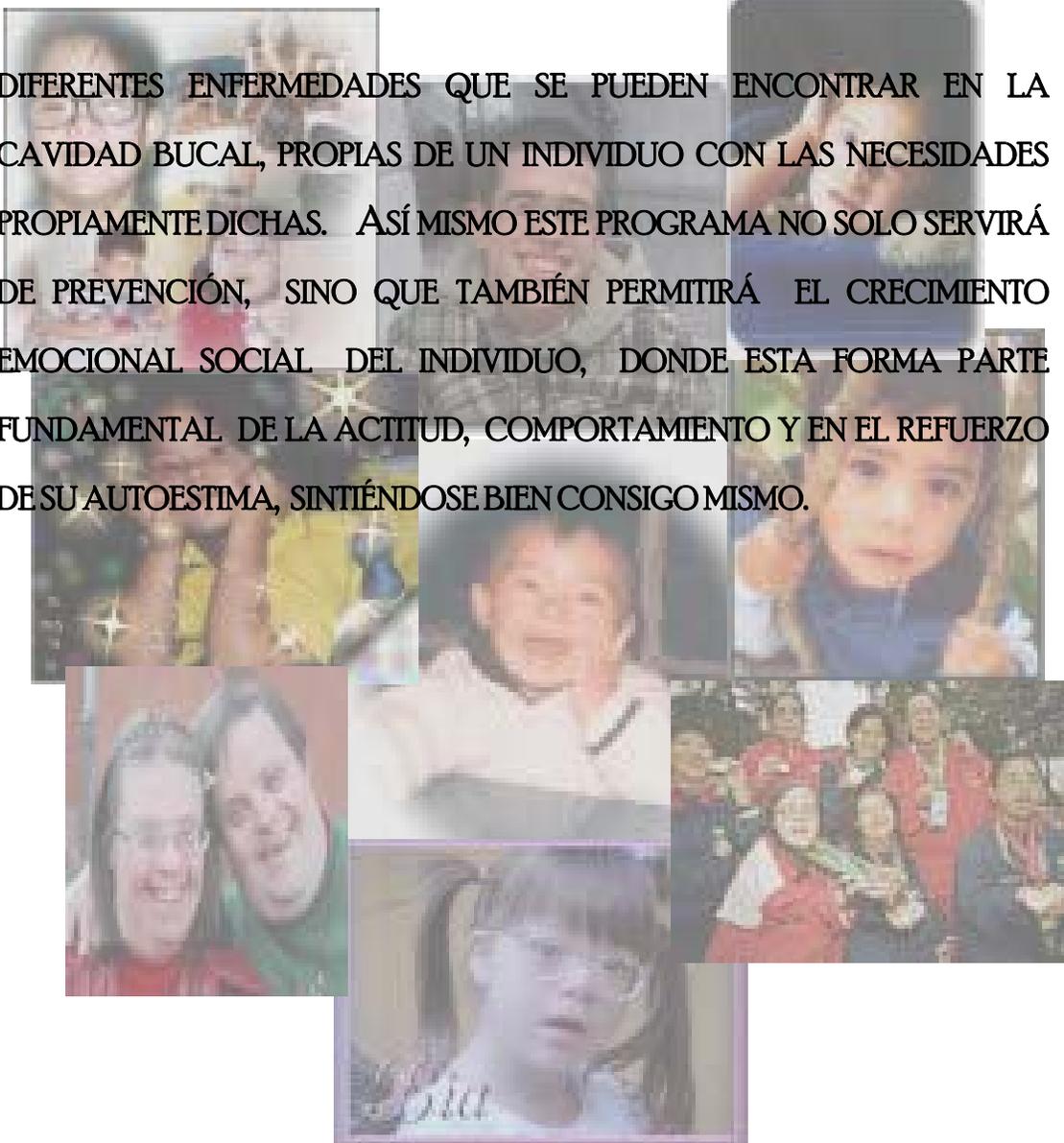


JUSTIFICACIÓN

DE ACUERDO A LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN LA POBLACIÓN CONFORMADA POR 180 JÓVENES DEL “TALLER LABORAL CARABOBO”, SE TOMÓ UNA MUESTRA DE 82 PERSONAS, EN LA QUE SE OBTUVO QUE LA POBLACIÓN DE JÓVENES CON SÍNDROME DE DOWN, PRESENTAN MAYOR PROBLEMA DE SALUD BUCAL REFLEJADO EN UN CPOD DE 10.09 SEGUIDO DE LOS QUE PRESENTAN RETARDO MENTAL SEVERO Y DIFICULTAD DE APRENDIZAJE CON UN CPOD DE 10, A SU VEZ LOS JÓVENES CON RETARDO MENTAL MODERADO CON 9.46, LOS DE DEFICIENCIA AUDITIVA CON 8.33, RETARDO MENTAL LEVE CON 8.07, PARÁLISIS CEREBRAL CON 5, Y POR ULTIMO LOS JÓVENES CON AUTISMO CON UN ÍNDICE DE 0, QUE COMPARANDO ESTOS DATOS CON LOS DE LA OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) SE PUEDEN DECIR QUE LOS QUE PRESENTAN SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL EN SUS TRES NIVELES, DIFICULTAD DE APRENDIZAJE, DEFICIENCIA AUDITIVA Y PARÁLISIS CEREBRAL SE UBICAN EN UN RENGLÓN “MUY ALTO”, Y QUE LOS QUE PRESENTAN AUTISMO SE UBICAN EN UN RENGLÓN “MUY BAJO”.

LO QUE EVIDENCIA LA NECESIDAD DE CREAR UN PROGRAMA PILOTO DE SALUD BUCAL INTEGRAL, QUE PERMITA LA ATENCIÓN A ESTOS JÓVENES, Y SATISFAGAN SUS NECESIDADES PARA ASÍ PREVER LAS

DIFERENTES ENFERMEDADES QUE SE PUEDEN ENCONTRAR EN LA CAVIDAD BUCAL, PROPIAS DE UN INDIVIDUO CON LAS NECESIDADES PROPIAMENTE DICHAS. ASÍ MISMO ESTE PROGRAMA NO SOLO SERVIRÁ DE PREVENCIÓN, SINO QUE TAMBIÉN PERMITIRÁ EL CRECIMIENTO EMOCIONAL SOCIAL DEL INDIVIDUO, DONDE ESTA FORMA PARTE FUNDAMENTAL DE LA ACTITUD, COMPORTAMIENTO Y EN EL REFUERZO DE SU AUTOESTIMA, SINTIÉNDOSE BIEN CONSIGO MISMO.



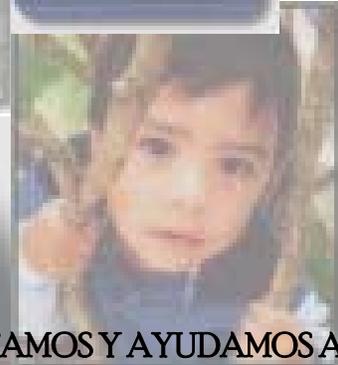
TODOS LOS SERES HUMANOS SOMOS IMPORTANTES



VIVIMOS LA VIDA DICRIENDO QUE LOS NIÑOS SON EL FUTURO..
ENTONCES PORQUE ETIQUETAMOS, RECHAZAMOS Y MALTRATAMOS
CUANDO ENCONTRAMOS ALGUNOS CON NECESIDADES ESPECIALES.



Y LE DECIMOS DIFERENTES!



DIFERENTES SOMOS QUIENES NO AMAMOS, ACEPTAMOS Y AYUDAMOS A
ESTOS JÓVENES.



TODOS SOMOS IGUALES, HAY MOMENTOS QUE NOS MARCA
VALORARLOS, AMARLOS Y ACEPTARLOS..



ELLOS TAMBIÉN SON PARTE NO DEL FUTURO, SINO DE LA VIDA.



ANÓNIMO

BIBLIOGRAFIA

ROQUIZ, MARGIORY. DIFICULTAD DEL APRENDIZAJE (MODELO PEDAGOGICO). COLEGIO UNIVERSITARIO "MONSEÑOR DE TALAVERA" VALENCIA ESTADO CARABOBO 1993

ROQUIZ, MARGIORY. AYUDA PEDAGÓGICA (MODELO PEDAGOGICO) TOMO II. COLEGIO UNIVERSITARIO "MONSEÑOR DE TALAVERA" VALENCIA ESTADO CARABOBO 1993.

ROQUIZ, MARGIORY. EVALUACIÓN E INFORMACIÓN (MODELO PEDAGOGICO) TOMO II. COLEGIO UNIVERSITARIO "MONSEÑOR DE TALAVERA" VALENCIA ESTADO CARABOBO 1993.

CALDERON, VIVIANA. PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. TOMO I. EDICIONES INTERNACIONAL, S.A. PRIMERA EDICIÓN. PANAMÁ. JULIO 2001.

CALDERON, VIVIANA. PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. TOMO II. EDICIONES INTERNACIONAL, S.A. PRIMERA EDICIÓN. PANAMÁ. JULIO 2001.

BIBLIOGRAFÍA

ARTEAGA, Fanny. Programa Educativo “Hacia una Atención Odontológica y Motora en un Adolescente con Necesidades Educativas Especiales”. Universidad de los Andes. Estado Mérida. 2004.

AUIRRE, Jesús. Necesidades de Salud Oral en Niños de 6 a 14 años en el Grupo Escolar “Manuel Alcázar”. Modelo de un Programa de Atención de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Odontología. Valencia, 1976

BISQUERRA, Rafael (1989) Métodos de Investigación Educativos.

CIRILO, O. (2002) Manual Teórico Práctico de Metodología para Tesistas, Tutores y Jurados de Trabajos de Investigación y Ascenso. Venezuela.

CHÁVEZ, Mario. (1962). Odontología Sanitaria. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Publicación Científica N° 63. Venezuela.

GONZÁLES Sanz A¹. (2002). **Métodos en Odontología Comunitaria: APS.** En Rioboo, R. (Comp.). Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. (Capítulo 44. Tomo II). Ediciones Avances Médico-Dentales S.L. Primera Edición Madrid.

GUTIERREZ A. /PAZ G. Programa de Atención Odontológica para los Niños Excepcionales del Distrito Valencia del Estado Carabobo. 1979

HERNANDEZ. R; FERNANDEZ, C y BAPTISTA, P. (1991) Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw-Hill

HURTADO. Iván; TORO. J. Paradigmas Y Métodos de Investigación en tiempos de Cambio. Editorial Episteme Consultores Asociados C.A. Cuarta Edición. Valencia. Carabobo. Venezuela 2001.

MORRIS/ BLATT. Educación Especial. Editorial Panamericana. (1996)

MUNCH. Lourdes; ANGELES. E. Métodos y Técnicas de Investigación. Editorial Trillas. Tercera Edición. Enero 1996.

MALAGÓN-LONDOÑO Y GALÁN M. (2002). **La Salud Pública. Situación actual. Editorial Médica Panamericana propuestas y recomendaciones.** Editorial Médica Panamericana. Colombia.

MAURICE. Catherine. “Programa de entrenamiento para Autistas” España.
www.autismo-br.com.br/home/Artig071.htm.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1997). **Declaration on Health Promotion into the 21th. Century.** Rev. Panam. Salud Pública: 3(1): 58-60. USA.

PIEDROLA Gil. (2001). **La Salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y Salud Pública.** En: Piedrola Gil, (comp.) Preventiva y Salud Pública. (Capítulo 1). Editorial Masson. 10ª Edición. Barcelona, España

PUERTAS, Urbina M. Herramientas de la Investigación, Bioestadística. Ediciones del Consejo de Desarrollo Científico, Humanística y Tecnológico de la Universidad de Carabobo. 1998

SILVA, Armas A. Retardo Mental y la Educación Especial. Caracas Venezuela, 1977. Pág. 11. Cita de M. Dum.

Universidad Nacional Abierta. Dificultades de Aprendizaje I. Caracas Venezuela.1986

Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología. Odontología Pediátrica. Cátedra de Odontología Pediátrica. Caracas 1996.