

**IMPACTO DE UN PROGRAMA DE COMUNICACIÓN EN SALUD BUCAL
PARA NIÑOS CON RETRASO MENTAL LIGERO**

Impact of an oral health communication program in children with light mental retardation.

Dra. Neisy Fernández Carmenate^I; Dra. Sury Arias Herrera^{II}; Dra. Liset Muñoz Fernández^{II}; Dra. Yusimí Travieso Gutiérrez^I

- I. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" Camagüey.*
 - II. Especialista de I Grado de Estomatología General Integral. Profesor Asistente*
-

RESUMEN

Con el propósito de evaluar el impacto de un programa de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, se realizó un estudio de intervención educativa, en la escuela especial "Nguyen Van Troi" del municipio de Camagüey desde septiembre del 2003 a septiembre del 2005. La muestra

estuvo conformada por 29 niños de seis a 10 años, sus padres y educadores, a los que previamente se les realizó el diagnóstico de salud bucal y educativo, A partir del mismo se diseñó el programa educativo acorde a la edad psicológica de los niños y teniendo en cuenta los términos de comunicación en salud. La intervención se realizó durante seis meses, en más del 80 % de los niños mejoró la información higiénico sanitario bucal y disminuyeron los factores de riesgo. Los padres y educadores opinaron que las actividades educativas fueron beneficiosas, con un impacto positivo para todo.

DeCS: retraso mental; salud bucal; educación en odontología/métodos

ABSTRACT

With the purpose to evaluate the impact of an oral health communication program in children with light mental retardation, an educational intervention study was carried out, at “Nguyen Van Troy ” special school of Camagüey municipality from September 2003 to September 2005. The sample was conformed by 29 children from six to 10 years-old, their parents and their educators, to which a previously oral health and educational diagnosis was performed, departing from itself it was designed the educational program according to the psychological age of the children taking into account the terms in health communication. The intervention was carried out during six months, in more than the 80% of the children improved the oral sanitary hygienic information and reduced the risk factors. Parents and educators thought that educational activities were beneficial, with a positive impact for all.

DeCS: mental retardation; oral health; education dental/methods

INTRODUCCIÓN

El retraso mental, considerado como el cuarto grupo, se define como el desarrollo anormal de los procesos psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea, los que constituyen defectos estables de su actividad cognoscitiva (percepción, procesos voluntarios de memorias, pensamiento lógico verbal, lenguaje y otros) a consecuencia de una lesión orgánica cerebral.¹⁻³

.Es necesario tener en cuenta las características clínicas que los niños con retraso mental poseen para que la comunicación con los mismos sea factible y educarlos en una cultura higiénico - sanitaria bucal que permita mejorar su salud.^{3,4}

Los niños con retraso mental requieren de atención y cuidados especiales, ya que los mismos presentan síntomas y signos que se alejan de la normalidad, por lo que su tratamiento resulta difícil^{1,5}.El abordaje del niño con estos problemas puede y debe seguir pasos estratégicos y alternativas que le permitan al niño sentirse bien, sentir que es respetado, que su tiempo de tolerancia, es decir, él tiempo que el necesita para aceptar y soportar un tratamiento es considerado importante.⁶⁻⁸

La salud bucal de los niños con retraso mental se ve afectada por la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones, las cuales se presentan con mayor prevalencia y severidad que en niños con un desarrollo normal.^{9,10} Esto se debe a la presencia de determinados atributos que constituyen factores de riesgo, y que en los mismos son más acentuados. Se señalan como los más significativos la presencia de una higiene bucodental deficiente, un elevado índice de placa y sarro, predominio de dieta blanda y cariogénica, educación sanitaria insuficiente.^{4, 10,11}

En el control de los factores de riesgo juega un papel importante la prevención y promoción de salud. La herramienta fundamental de ambas es la educación para la salud .En la misma está presente la formación de valores, sentimientos, convicciones, necesidades, hábitos, etc. Entre estas conductas, la higiene

bucal adecuada, los hábitos dietéticos no perjudiciales a la salud, constituyen elementos de la cultura sanitaria que se transforman en necesidades y que luego se ejecutan con habitual regularidad. Para que esto sea así, el niño, sus padres y educadores deben ser observadores permanentes de las normas higiénico-sanitarias.^{12,13}

Dadas las características de los niños con retraso mental, el estado de salud bucal que presentan, así como la ausencia de programas de comunicación en salud cuya efectividad, secuencia lógica y continuidad, permitan elevar el nivel de información higiénico-sanitaria bucal de estos niños, y al mismo tiempo fomentar actitudes que favorezcan la formación de estilos de vida saludables en esta población, nos motivamos a realizar esta investigación, con la finalidad de aplicar un programa, cuyo impacto permita su consiguiente generalización y sistematización. Esto propiciará mejorar el estado de salud bucal de estos niños con el apoyo de otros sectores, y contribuir de esta forma a que los mismos puedan disfrutar de una vida más plena y saludable.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto de un programa de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención en la escuela especial “Nguyen Van Troy” del municipio Camagüey a niños con retraso mental ligero, en el período comprendido desde noviembre de 2003 a septiembre de 2005. El mismo se llevó a cabo por una Residente de Estomatología General Integral (EGI), con la colaboración de técnicos de atención estomatológica (TAE), maestros, defectólogos, y asesorada por dos especialistas de I Grado de EGI.

El universo estuvo conformado por los niños con retraso mental ligero y en las edades comprendidas entre seis y 10 años; los que a su vez constituyeron nuestro objeto de estudio, 29 padres, uno por cada niño; y sus educadores con el objetivo de diseñar el programa de comunicación en salud bucal, se realizó el diagnóstico educativo de los niños, sus padres y educadores, a través de

técnicas afectivo participativas (TAP) y entrevistas. Se diagnóstico además el estado de salud bucal de los niños, y los factores de riesgo de mayor prevalencia en los mismos, mediante TAP y el índice de higiene bucal de Love correspondiente a cada niño.

El diseño del programa educativo se realizó según criterio técnico de la comunicación en salud e investigaciones realizadas anteriormente.¹⁴

El programa educativo fue aplicado durante seis meses y su impacto a corto plazo fue evaluado cuantitivamente mediante los siguientes aspectos:

- Ø Información higiénico – sanitaria bucal.
- Ø Comportamiento de los factores de riesgo para la salud bucal de los niños.

Para ello se realizaron técnicas afectivas participativas, así como la aplicación del índice de análisis de higiene de Love a cada niño. Posteriormente se realizó un estudio comparativo de los resultados obtenidos antes y después de aplicado el programa.

La evaluación cualitativa de la investigación se obtuvo a través de un grupo focal con el objetivo de explorar la percepción de padres y educadores con respecto a las expectativas y sugerencias, así como los sentimientos que desencadenó la experiencia vivida.

Los datos fueron procesados en una computadora Pentium empleando el paquete estadístico Microsoft Excel, se realizó estadística descriptiva mediante la distribución de frecuencias en valores absolutos y por cientos. Se realizó prueba de hipótesis proporción y tablas de contingencia con la prueba de chi-cuadrado, se aceptó un intervalo de confianza de un 95 % con un nivel de significación de 0.05. Los resultados se recogieron en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

RESULTADOS

El nivel de información higiénico sanitario bucal en niños con retraso mental ligero, se comportó en un inicio con un predominio de la categoría de insatisfactorio (58.6 %) Al finalizar la intervención educativa se logró que un 82.6 % de los niños presentaran una evaluación satisfactoria (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de información higiénico-sanitario bucal de los niños con retraso mental antes y después de aplicado el programa

Información HSB	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactoria	12	41.4	24	82.6
Insatisfactoria	17	58.6	5	17.2

Al inicio, el 75.9 % de los niños presentaban una higiene bucal deficiente. A los seis meses de la aplicación del programa educativo observamos que se logró disminuir la prevalencia de este factor a un 34.5 %. Al evaluar la dieta cariogénica se detectó que el 82.8 % de los niños con retraso mental en un inicio consumían alimentos azucarados, sin embargo al realizar la evaluación final solo 13 niños mantuvieron estos patrones alimentarios para el 44.8 % (Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento de los factores de riesgo para la salud bucal antes y después de aplicado el programa

Factores de riesgo	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Mala higiene bucal	22	75.9	10	34.5
Dieta cariogénica	24	82.8	13	44.8
Hábitos deformantes	20	69.0	11	38.0

Fuente: Historia clínica individual

Otro factor de riesgo que se tuvo en cuenta en nuestro estudio fue la presencia de hábitos bucales deformantes y de igual forma se realizó el estudio comparativo con relación a su prevalencia antes y después de aplicado el programa. Al finalizar se pudo corregir en un 31 % la ejecución de los mismos. Se observó que sólo un 10.3 % continuó con la respiración bucal, y un 17.2 % con deglución atípica. (Tabla 3).

Tabla 3. Presencia de hábitos bucales deformantes antes y después de la aplicación del programa

Hábitos deformantes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Succión digital	8	27.6	2	6.9
Deglución atípica	10	34.5	5	17.2
Onicofagia	6	20.7	2	6.9
Queitorfagia	5	10.3	2	6.9
Respiración bucal	9	31.0	3	10.3

Fuente: Historia Clínica

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sobre la IHSB de los niños reflejan la efectividad que representa la realización de técnicas educativas, lecturas de cuentos, así como la educación para la salud de padres y educadores a través del análisis y discusión de folletos elaborados para transmitir el mensaje educativo a los mismos. Los padres y educadores constituyen un factor importante en la educación de una persona con discapacidad y particularmente con retraso mental.^{4, 15,16}

Unido a esto el profesional de la salud debe estar conciente de la importancia de cómo promover un mensaje y solo así será posible la motivación de estas personas favorecido el cambio.^{4,13}

El análisis del comportamiento de los factores de riesgo mostró la necesidad de la aplicación de acciones educativas que propicien el cambio y la obtención de resultados tan alentadores como los que se obtuvieron en el estudio realizado y que fue posible gracias a la estrecha relación que se estableció entre los niños y el investigador, así como a la selección de los técnicas afectivo-participativas adecuadas, lo que permitió una mayor motivación e interés por parte de los niños para la corrección de estos factores.¹⁵⁻¹⁷ Se ha podido comprobar en estudios realizados a personas normales, que mediante acciones de promoción en salud bucal es posible lograr modificar la mayoría de los mismos.^{8,17}

El sistema de acciones educativas debe realizarse teniendo en cuenta las características psicológicas y particularidades que los niños presentan y una estrecha interrelación con padres y educadores.^{9, 10,17}

Es importante señalar que el período de tiempo en el cual se realizó la ejecución del Programa es relativamente corto; cada uno de estos hábitos requiere de etapas de aprendizaje y concientización para adoptar una actitud positiva.^{18,19} Sin embargo, este cambio fue posible en nuestra intervención, ya que se tuvieron en cuenta las características psicológicas en estos niños y se aplicaron técnicas educativas, mediante mecánica por repetición³ en estrecho vínculo con los padres de los mismos, a los cuales se le transmitieron los conocimientos necesarios en la formación de hábitos beneficiosos para la salud oral. Los educadores jugaron un papel muy importante.^{20,21}

CONCLUSIONES

1. Al finalizar la intervención educativa la IHSB de los niños fue evaluada de satisfactoria un 82.6 %.
2. Al inicio se encontró una alta prevalencia de factores de riesgo para la salud bucal y al final se lograron modificar notablemente los mismos.
3. Los resultados de la aplicación del Programa se consideran positivos ya que se logró modificar la prevalencia de factores de riesgo, y el nivel de

educación para la salud de los niños. Además los padres y educadores se manifestaron satisfechos con la labor educativa realizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol 2001; 38(3):181-91. URL disponible en: <http://Pes.sed.cu/revista/est/vol38-3-01/est06301.ltm>
2. Ravaglí C. El problema de la salud buco dental de los pacientes discapacitado y otros especiales en América Latina. Bol Asoc Argent Odontol Niños 1998;24(2):10-6.
3. Castro López G. Clínica del retraso mental. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1984. p.16-26.
4. Arias Herrera SR, Muñoz Fernández LM, Rodríguez Gutiérrez G, García Boss J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. Arch Med Camagüey 2004; 9(2):5. URL disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/van2/921.htm>
5. Ravaglí C. Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad [en línea] 2001 [fecha de acceso 15 de marzo de 2005]. URL disponible en: [http://www.webodontologica.Com/oden est asp](http://www.webodontologica.Com/oden%20est.asp). Rav. Asp
6. Silvertrrs Donat FJ, Casal CI del, Grau García D. Plaza Costas A. Manejo dental de los pacientes discapacitados y médicamente comprometidos. Madrid: Rapport; 2000. p. 1-4.
7. Di Nasso P. Cuidado dental del niño con discapacidad. Bol Asoc Argent Odontol Niños 2001;30(4):21-4.
8. Iruretagoyena M. El paciente especial en la clínica dental [en línea] [fecha de acceso 7 de septiembre de 2005].URL disponible en: <http://www.sdpt.net/pacientesespecial.htm>

9. Muñoz Fernández L, Arias Herrera S, Romero González C, Hidalgo García CR. Diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. Arch Med Camagüey 2005; 9(4):10. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/van4/1074.pdf>.
10. Arias Herrera S, Muñoz Fernández L, Romero González C, Espeso Nápoles N. Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental leve. Arch Med Camagüey 2005; 9(6):14. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v9-n6-2005/2053.htm>
11. Montil Company JM, Almerich Sella JM. Mal oclusión dental en una población con retraso mental. RCOE 2001; 6(2):149-54.
12. Cárdenas Sotelo O, Sala Adam MR. Educación para la salud en Estomatología. Ciudad Habana: MINSAP; 1998.p.3.
13. Carvajal Rodríguez C, Castellanos Simons B, Carlos Alfonso A, González Hernández A, Rodríguez Mena GM, Sanabria Ramos G, et al. Educación para la salud en la escuela. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000.p.11.
14. Núñez de Villavicencio Porro F, González Menéndez R, Ruiz Rodríguez G, Álvarez González MA, Leal Ortega Z, Suárez Vera DM, et al. Psicología y salud. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.1001-105,113-5
15. Cárdenas Sotelo O, Sala Adam MR. Que haya más salud en la Educación. Ciudad Habana: MINSAP; 1998.p.4-19.
16. Peñaranda AM. Psicología odontológica: interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología: Universidad Central de Venezuela: Ediciones de la Biblioteca; 2000.p.13-7.
17. Menéndez O. Reflexiones sobre educación para la salud estomatológica Acao Coletiva 1999; 2(2):1-3.
18. Morales Jiménez LF. Hábito de succión digital y maloclusión asociada. Gac Dent 2003; 140: 66-70.
19. Regina Senkoc C. Educacao en saude bucal e a motivacao do paciente. Revista Odontol Univ Santo Amaro 2001; 6(1):40-3.
20. Chauchu S, Shopira I. Ortodontic treatment of children with disabilities. Refiert hapen vehashenayen 2001; 18(2): 42, 50,62.

21. Sosa Rosales M de la C. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.4.

Recibido: 21 de julio de 2006.

Aceptado: 16 de julio de 2007.

Dra. Neisy Fernández Carmenate¹*Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" Camagüey.*