

Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, padres y educadores

Mouth care communication life for education and for parents of children with mild mental retardation

Dra. Sury R. Arias Herrera; Dra. Liset M. Muñoz Fernández; Dra. Carmen M. Romero González; Dra. Nelía Espeso Nápoles

Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

La atención a discapacitados y la comunicación en salud son cada día más importantes. Con el objetivo de acercarnos a la problemática de salud bucal en niños con retraso mental ligero y elaborar un programa encaminado a promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades bucales, se realizó un estudio observacional y descriptivo causal en dos escuelas especiales del municipio Camagüey desde septiembre de 2003 hasta abril de 2004. La muestra estuvo constituida por 87 niños, en ellos se determinó el diagnóstico educativo mediante técnicas afectivo participativas. Además se valoró la información higiénico-sanitaria bucal de los padres y educadores relacionados con ellos. Se realizó estadística descriptiva con distribución de frecuencia, en cantidades absolutas y por cientos. Se le dio participación a la comunidad para establecer los problemas, su orden de prioridad y posibles soluciones. La mayoría de los niños y los padres presentaron una información higiénico-sanitaria bucal no satisfactoria. Se confirmó la necesidad de enfatizar la educación para la salud en el tratamiento estomatológico de estos niños, así como de sus padres y educadores, por lo que se elaboró un programa de comunicación para la salud.

DeCS: MEDIOS DE COMUNICACIÓN; SALUD BUCAL; RETARDO MENTAL; NIÑO.

ABSTRACT

As care for the handicapped with special communicative needs is in growing demand, an observational, causative, descriptive study was conducted in the Municipality of Camagüey from September 2003 to April 2004 to design a program aimed at promoting healthy lifestyles and at preventing mouth diseases. The 87-children sample was assessed through affection-involving training. Both parents' and teachers' awareness of mouth care status was assessed as well. Descriptive statistical data were gathered and grouped according to frequency (either absolute figures or percentages). Community involvement was encouraged for problem-setting and solving according to priority standards. Since it became evident that parents and educators must stress upon children mouth care education, a mouth care communication program was designed.

DeCS: COMMUNICATIONS MEDIA; ORAL HEALTH; MENTAL RETARDATION; CHILD.

INTRODUCCIÓN

La persona con discapacidad mental debe disfrutar de todos los derechos reconocidos para el ser humano, entre ellos la salud ¹ En la Declaración de los Derechos del Niño se hace énfasis en garantizarles un tratamiento especial, educarlos y cuidarlos de acuerdo con su condición, con paciencia y manejo cuidadoso, lo que apoyan varios autores. En el campo de acción de la educación para la salud se reconoce que toda persona merece ser beneficiaria de la labor educativa. Sin embargo, a lo largo de la historia de la atención estomatológica a estos niños se plantea, según la OMS, que 2/3 partes no reciben atención bucodental, otros solo reciben tratamiento curativo o mutilante, pues el odontólogo no tiene entrenamiento para tratarlo integralmente y solo unos pocos incorporan la prevención, esto lo señala la Asociación Latinoamericana Odontológica para Pacientes Especiales (ALAOPE). ^{2,3}

La susceptibilidad para contraer enfermedades bucales está dada por numerosos

factores de riesgo, la mala higiene bucal y la educación sanitaria deficiente ocupan un lugar importante.^{4, 5}

La herramienta fundamental de la promoción y la prevención es la educación para la salud (EPS) que consiste, según la OMS, en la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, del colectivo y la sociedad. Debe ser fundamentada en una pedagogía participativa y lograr no solo cambios cognoscitivos, sino cambios de conducta y estilos de vida, además comenzar desde edades tempranas pues el hábito desde pequeño hace más fácil llegar a la meta. Es más fácil formar actitudes positivas hacia la salud en un niño, que modificarlas en un adulto. La formación de hábitos beneficiosos para la salud bucal en los primeros años de vida, entre ellos la higiene bucal adecuada, se transforma en necesidades que luego se ejecutan con habitual regularidad. El niño y sus padres deben ser conservadores permanentes de las normas higiénico-sanitarias, pero en esta labor participarán también el equipo de salud, los educadores y otros sectores sociales.^{6, 7}

Ante las limitaciones médicas, físicas y sociales que dificultan el tratamiento odontológico de los niños con retraso mental, es muy importante la vinculación de los padres en las tareas de la educación para la salud de los mismos, ya que así la influencia educativa sobre ellos será directa, contarán con una información adecuada para enfrentar aquellas situaciones que puedan presentarse en el hogar y que inciden negativamente en la salud de todos.^{8, 9}

El educador ha de contribuir con la EPS de los niños o asumir esta tarea cuando el medio socioeconómico es adverso y no podemos contar con los padres. Ningún niño y mucho menos aquel con retraso mental debe abandonar la escuela, sin los conocimientos básicos de salud. El maestro educa en todo momento, desde su asignatura y a través de ella. La escuela constituye el espacio ideal para desarrollar la promoción y educación para la salud, por convertirse la misma en el eslabón integrador y coordinador entre la familia y la comunidad, donde se fomentan actitudes, conductas y prácticas sanas.^{10, 11}

Visto desde el ángulo de la promoción y prevención necesitamos crear programas activos, sencillos, capaces de promover estilos de vida sanos y prevenir la enfermedad. Los odontólogos del tercer milenio tenemos la misión de ser gerentes de la salud y no obreros de la enfermedad.^{6, 7, 12} En el empeño de educar en salud, la comunicación desempeña un rol fundamental, se incluye como un componente más en los programas diseñados para resolver cualquier problema, ya que contribuye a orientar a los trabajadores de la salud y otros sectores para que empleen metodologías preventivas y participativas.¹²⁻¹⁴

En los niños con discapacidades mentales, la promoción de salud y la prevención cobran singular importancia. Sin embargo, hemos visto con dolor como en la práctica diaria esto no se lleva a cabo, y a veces cuando se realiza no tiene una orientación correcta, ni la calidad y sistematicidad necesarias, de allí la alta prevalencia de los problemas de salud bucal. Por ello nos motivamos a realizar esta investigación, con el interés de ofrecer una solución para mejorar el estado de salud bucal en estos niños con el apoyo de otros sectores.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y descriptivo causal en niños con discapacidad mental leve pertenecientes a las escuelas especiales Nguyen Van-Troi y Carlos Rodríguez Careaga del municipio Camagüey, desde septiembre de 2003 a abril de 2004, por un estomatólogo general básico y con la colaboración de técnicos de atención estomatológica, estudiantes de 5º año de Estomatología, maestros y defectólogos. Se establecieron coordinaciones con el MINED municipal y las direcciones de cada escuela para definir los locales y horarios más adecuados, así como con las clínicas estomatológicas Ignacio Agramonte e Ismael Clark y Mascaró.

El universo estuvo constituido por 241 niños matriculados en las escuelas mencionadas. Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta la matrícula de cada escuela, la cual quedó constituida por 87 niños seleccionados por muestreo aleatorio, según el listado de cada grupo escolar, y de acuerdo con los criterios de inclusión que fueron menores de 15 años, retraso mental leve, institucionalizados y dispuestos a cooperar.

Para realizar el diagnóstico educativo se visitaron las escuelas y se efectuaron técnicas afectivo-participativas (TAP) para establecer una mejor relación con los niños seleccionados.^{7, 15}

La información higiénico sanitaria bucal (IHSB) de los niños se obtuvo mediante la aplicación de las técnicas La Ronda y La Tendedera (Anexo 1).

Técnicas para evaluar la información higiénico-sanitaria bucal de los niños

La Tendedera

El estomatólogo o promotor de salud prepara previamente en hojas o cartulinas los contenidos que desea asociar, cada hoja será una "pieza de ropa" y debe preparar algunas piezas sucias, o sea cuestiones que no tengan relación. Luego se distribuyen las piezas entre los niños. El estomatólogo cuelga una "pieza" y

hace la pregunta, los niños buscan entre sus hojas cuáles son las que guardan relación, responden la pregunta y la sitúan al lado de la "pieza", se puede debatir si es correcto o no.

La Ronda

El estomatólogo o promotor de salud prepara papelógrafos o pancartas con determinadas preguntas expresadas en forma gráfica, los cuales se colocan en las paredes del local a 2 ó 3 m uno del otro. Cada niño dará una ronda por el local y se situará ante cada uno de los carteles, tratará de responder lo que se le pregunta y evaluará su respuesta, la que al final podrá debatirse.

El investigador registró los datos de cada niño en un modelo confeccionado a este fin. Al padre o tutor con mayor responsabilidad en la atención y cuidado del niño, así como a los educadores vinculados con ellos, que eran 36 en total, se les realizó una entrevista para obtener su información higiénica sanitaria bucal, la que fue valorada previamente por un psicólogo. La información se consideró satisfactoria cuando obtuvieron de siete a diez puntos y no satisfactoria con menos de siete puntos. Con vistas a determinar los temas de interés de salud bucal, se realizó con ellos una Técnica de Grupo Focal.¹³ Para definir los temas necesarios según el equipo de salud se hizo la tabulación de errores en base a las preguntas de la entrevista.

Para el procesamiento estadístico, los datos se introdujeron en la computadora y se grabaron en un soporte magnético mediante el sistema Statistics. sys, en un fichero confeccionado al efecto. Se realizó estadística descriptiva con distribución de frecuencia en cantidades absolutas y por cientos.

Para la elaboración de la solución propuesta se tuvieron en cuenta indicadores como la morbilidad y mortalidad dentaria, diagnóstico educativo, higiene bucal, hábitos y factores sociales lo que se conjugó con una lluvia de ideas donde participaron miembros del equipo de salud, padres y educadores que expresaron sus criterios. Se obtuvo el listado de los problemas y mediante el método Hamlon se estableció la prioridad de los mismos. Según los aspectos teóricos de la comunicación en salud se elaboró un programa para estos niños, sus padres y educadores.¹⁶

RESULTADOS

La información higiénico-sanitaria bucal fue no satisfactoria en el 70 % de los niños, en el 68 % de los padres y en el 53 % de los educadores. Tabla 1.

Tabla 1. Información higiénico-sanitaria bucal de niños, padres y educadores

Grupo poblacional	Información higiénica-sanitaria bucal				
	Satisfactoria		No satisfactoria		Total
	N	%	N	%	
Niños	25	30	60	70	85
Padres	23	32	49	68	72
Educadores	17	47	19	53	36
Total	65	34	128	66	193

Al autovalorar los conocimientos sobre los cuidados de la salud bucal, el 72 % de los maestros refirieron estar preparados al respecto, mientras que el 92 % de los padres plantearon la necesidad de ampliar sus conocimientos. Tabla 2.

Tabla 2. Autovaloración de padres y educadores sobre su preparación para orientar sobre cuidados de la salud bucal

Grupo poblacional	Autovaloración				Total
	Preparados		No preparados		
	Nº	%	Nº	%	
Padres	6	8	67	92	73
Educadores	26	72	10	28	36
Total	32	30	77	70	109

Sin embargo, solicitaron capacitación sobre varios temas como la prevención y características de enfermedades bucales, y el cepillado dental. Tabla 3.

Tabla 3. Orden de prioridad de los temas de salud bucal solicitados por padres y educadores

Orden de prioridad	Temas solicitados por los padres	Temas solicitados por los educadores
1º	Higiene bucal	Prevención de enfermedades bucales
2º	Causas de enfermedades bucales	Características de enfermedades bucales
3º	Cepillado dental	Cepillado dental
4º	Conducta ante enfermedades bucales	Importancia de la salud bucal

DISCUSIÓN

En los niños la información higiénico-sanitaria bucal no satisfactoria está dada porque en la práctica diaria la educación para la salud es insuficiente, lo que se corresponde con lo planteado por algunos investigadores.¹⁷ En estudios con niños normales también se ha encontrado desconocimiento acerca de los cuidados de la salud bucal, y una relación de ésta con la aparición de afecciones bucales.¹⁸ Los resultados obtenidos en los padres fueron similares, debido a que la generalidad se sienten sobrecargados por la presencia de problemas socioeconómicos y el bajo nivel cultural. El comportamiento de este aspecto de manera semejante en los maestros nos demuestra que es importante elevar la educación para la salud en los mismos, para que ayuden a sus alumnos a evitar problemas de salud y, además, estén preparados para orientar a los padres en este sentido.^{8,10} Resulta indispensable que los educadores sepan identificar los factores que influyen en la salud, puedan orientar a los alumnos y padres de forma individual o colectiva y sepan valorar que por los conocimientos que imparten y por su ejemplo son promotores de salud.^{19, 20}

Una vez analizados estos resultados fue necesario buscar una solución para mejorar la salud bucal de estos niños. Para ello se realizó primeramente la identificación de problemas y el ordenamiento de prioridades, con participación comunitaria, los cuales quedaron organizados de la siguiente forma:

1. Información higiénica sanitaria bucal no satisfactoria en niños, padres y educadores.
2. Presencia de gingivitis.
3. Alta incidencia de factores de riesgo.
4. Alta prevalencia de caries dental.
5. Atención estomatológica insuficiente.

6. Presencia de maloclusiones.

De estos problemas, tienen resolutivez educativa de forma directa el primero y el tercero. El defecto intelectual de los niños, el temor a la atención estomatológica, la falta de capacitación de los maestros en EPS y las condiciones higiénico-sanitarias deficientes en las escuelas, fueron algunas de las barreras encontradas, aunque existen facilidades ya que los niños son afectivos, los educadores están dispuestos a cooperar, y la relación de los maestros con los niños es muy buena. Se obtuvo como propuesta de solución el siguiente programa:

Título: Comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, sus padres y educadores.

Meta: Elevar el nivel de salud bucal en niños con discapacidad mental leve mediante un proceso de comunicación.

Objetivos:

1. Elevar los conocimientos sobre salud bucal de estos niños de acuerdo con sus características, mediante temas de educación para la salud en las actividades curriculares y extracurriculares.
2. Aumentar el número de niños con conocimientos y habilidades para una higiene bucal adecuada.
3. Promover hábitos dietéticos sanos en estos niños.
4. Reducir el número de niños con hábitos bucales deformantes.
5. Capacitar a los padres y educadores sobre la importancia de la salud bucal y su protección.
6. Estimular la responsabilidad de los padres y educadores en la salud bucal de estos niños.
7. Mejorar la vinculación del equipo de salud del área con los padres y educadores.

Organizaciones participantes: MINSAP, MINED, Consejos Populares, Organizaciones de masas, organizaciones políticas.

Descripción de la necesidad: información higiénica sanitaria bucal no satisfactoria en niños con retraso mental ligero, sus padres y educadores, lo que se manifiesta en la alta incidencia de factores de riesgo, que a su vez influyen en la elevada prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones.

Audiencia primaria seleccionada: niños con discapacidad mental leve, de 6 a 14 años de edad, institucionalizados en escuelas especiales.

Estrategias claves: técnicas afectivo-participativas (TAP), técnicas audiovisuales (charlas, demostraciones, videos, juegos didácticos, etc.)

Audiencia secundaria seleccionada: padres, educadores, equipo de salud del

área y otros miembros de la comunidad.

Estrategias: TAP, técnicas audiovisuales, talleres, discusión en grupo, entrevistas y cursos.

Fecha clave: curso escolar.

Otros recursos requeridos: personal (estomatólogos, defectólogos, administradores de salud, funcionarios del MINED, psicólogos.)

Materiales: televisores, videos, etc.

Métodos de evaluación:

a) Formativa: cuestionarios, entrevistas a grupos focales.

De seguimiento: reuniones del equipo de salud y/o comunidad, discusión en grupos focales, indicadores de seguimiento, observación de actividades y entrevistas.

De resultado o efectividad: Prueba preliminar y final. (Tabla 4)

Plan de acción

Objetivos	Temas	Estrategias	Ejecutor	Participantes
1	Estructuras bucales y sus funciones. Dentición temporal y permanente. Su importancia. Principales enfermedades bucales y sus causas.	Clases Videos Juegos didácticos TAP	Maestro Equipo de salud	Niños
2	Importancia de la higiene bucal. Forma y prevalencia. Modos de realizar la higiene bucal.	Charlas. Demostraciones Juegos didácticos. Información gráfica.	Equipo de salud	Niños
3	Dieta protectora. Elementos básicos. Dieta criogénica. Su control.	Videos Juegos didácticos Información gráfica Programa radial	Equipo de salud	Niños
4	Hábitos beneficiosos para la salud bucal. Su importancia. Hábitos nocivos para la salud bucal. Su control.	Videos Información gráfica. Charlas Demostraciones	Equipo de salud	Niños
5	Salud bucal y salud general. Enfermedades bucales. Causas. Prevención y control de enfermedades bucales. El flúor y su función en la prevención de la caries dental. Conducta a seguir ante los traumatismos dentarios.	Información gráfica y escrita. Cursos. TAP.	Estomatólogo o	Maestros
6	Concepto de EPS. Sus funciones. La EPS en estomatología y el papel del maestro.	Cursos	Estomatólogo o.	Maestros
7	Interrelación salud y educación en la -formación y protección de la niñez.	TAP	Estomatólogo o.	Maestros Equipo de Salud

CONCLUSIONES

La mayoría de los niños y los padres tenían una información higiénico-sanitaria bucal no satisfactoria. Aproximadamente la mitad de los educadores tenían una información higiénico sanitaria bucal no satisfactoria. Muy pocos padres se sintieron preparados para orientar a sus hijos sobre los cuidados de la salud bucal, mientras que los educadores en su mayoría refirieron estar preparados. La mayoría de los padres y educadores coincidieron con el equipo de salud en la necesidad de recibir capacitación sobre temas como la higiene bucal, los principales problemas de salud bucal, su prevención y características. Se elaboró una propuesta de comunicación en salud como vía de solución para los problemas identificados que tienen resolutivez desde el punto de vista educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zacarías J. La comisión nacional de derechos humanos. *Psicología Iberoamericana* 1993;1(3):37-44.
2. 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.
3. Di Nasso P. Cuidado dental del niño con discapacidad. *Rev Asoc Argent Odontol p/ niños*. 2001;30(4):21-4.
4. Zarzar PMP de A, Rosemblat A. A beneficência e atencaõ odontológica as criancas portadoras da Síndrome de Down na cidade do Recife. *Arq Odontol*. 1999;35(1-2):39.
5. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intelectual disability. *Eur J Oral Sir*. 2001;109(1):20.
6. Cárdenas Sotelo O, Sala Adam MR. Que haya más salud en la educación para la salud. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1998.
7. Cárdenas Sotelo O, Sala Adam MR. Educación para la salud en estomatología. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1998.
8. Carvajal Rodríguez C, Rodríguez Mena García M. La escuela, la familia y la educación para la salud. Programa Para la vida. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1995.
9. Núñez de Villavicencio Porreo 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.
10. Carvajal Rodríguez C, Castellanos Simons B, Cortes Alfaro A, González

Hernández A, Rodríguez Meno GM, Sanabria Ramos G, et al. Educación para la salud en la escuela. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000.

11. Cuba. Ministerio de Educación y de Salud Pública. Resolución conjunta MINED-MINSAP 1/97 [Ciudad de La Habana]; [1997].

12. Sosa Rosales M de la C, Mojaiber de la Peña A, González Ramos RM, Gil Ojeda E. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2002.

13. Sosa Rosales M, Mojaiber de la Peña A. Análisis de la situación de salud en las comunidades. Componente bucal: una guía para su ejecución. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1998.

14. Arias Herrera H. La comunidad y su estudio: personalidad-educación-salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1995.

15. Ochoa Soto R, Castañedo Rojas I, Cobas Silva M. Promoción de salud. Compilaciones. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1997.

16. Organización Panamericana de la Salud. Manual de comunicación social para programas de salud. Washington, DC: OPS, OMS; 1992.

17. Hawkins RJ, Zanetti DL, Main PA, Jakovich A, Dwyer JJ, Oother DF, et al. Oral hygiene knowledge of high-risk grade in children: an evaluation of two health education. Community Dent Oral Epidemiol. 2000;28(5):336-43.

18. Grocholewicz K. The effect of selected prophylactic-educational programs in oral hygiene, periodontics and caries in school children during a 4 years observation. Am Acad Med. 1999;45:265-83.

19. Regina Sinkoc C. Educacao em saúde bucal e a motivacao do paciente. Rev Odontol Univ Santo Amaro. 2001;6(1):40-3.

20. Peñaranda AM. Psicología odontológica: interdisciplinariedad entre la psicología y la odontología. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca; 2000.

Recibido: 14 de abril de 2005.

Aceptado 20 de mayo de 2005.

Dra. Sury R. Arias Herrera. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró. Camagüey, Cuba.

