

Integración del equipo multidisciplinario en la promoción de salud bucal para niños de alto riesgo y con necesidades especiales.

Rosalba María **Barrios Lares**¹;

Resumen

Los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), espacio donde se desarrolló la investigación, son aquellos donde se realiza el diagnóstico temprano y la atención integral individualizada, por un equipo multidisciplinario. **Objetivos:** Identificar la presencia de actividades relacionadas con la salud bucal en el programa de atención que desarrollan los especialistas; identificar las especialidades en las cuales se pueda incorporar la salud bucal y describir los elementos vinculados a la teoría de salud que manejan los especialistas. **Materiales y métodos:** estudio de campo; utilizando técnicas cuantitativas y cualitativas. **Resultados:** Los docentes realizan actividades de prevención, incorporando a las madres; orientan la instalación y el reforzamiento de los hábitos, incluyendo el cepillado dental (CDI1 el 50%, CDI2 62%); en ambos

CDI los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales incluyen a la boca en sus actividades, el terapeuta de lenguaje también la incluye en el caso del CDI2. En todas las especialidades de ambos centros se puede incluir la salud bucal en el programa de atención; los especialistas afirmaron la necesidad de incluir la misma dentro de sus rutinas (el CDI1 95%, CDI2 80%). En el equipo no hay odontólogos. En los dos centros se encontró que aproximadamente un 80% de los profesionales se ubicaron en la teoría multicausal de la salud. Se concluye que al incorporar la salud bucal de manera formal en el equipo multidisciplinario de los CDI, se brindará una mejor atención a los niños que son el fin de estos centros.

Palabras Claves: Salud bucal, intervención médica temprana, niños con discapacidad, promoción de la salud, educadores en salud.

Artigo Original

Integração da equipe multidisciplinar na promoção da saúde bucal de crianças de alto risco e com necessidades especiais.

Resumo

Os Centros de Desenvolvimento Infantil (CDI), objeto de estudo desta pesquisa, são aqueles nos

quais é realizado o diagnóstico precoce e o atendimento integral individualizado de crianças de alto risco e com necessidades especiais, por equipes multidisciplinares. **Objetivos:** Identificar a

¹ Magister Scientiarum en Odontología Social. Profesor Asociado de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

presença de atividades relacionadas à saúde bucal no programa de atenção que desenvolvem os especialistas; identificar as especialidades nas quais poderia ser incluída a saúde bucal e descrever o embasamento teórico sobre saúde que manejam os especialistas. **Material e métodos:** trabalho de campo, fazendo uso de técnicas quantitativas e qualitativas em 2 centros. **Resultados:** os especialistas realizaram atividades de prevenção e orientação com as mães; para a inserção e reforço de bons hábitos, que incluem a escovação dental (50% no CDI1 e 62% no CDI2); em ambos CDIs os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais realizam atividades que envolve saúde bucal, assim como os fonoaudiólogos no CDI2. Em todas as especialidades, em ambos os

centros, pode ser incluída a saúde bucal no programa de atenção; os especialistas afirmaram a necessidade de inclusão da mesma dentro de suas rotinas (95% no CDI1 e 80% no CDI2). Não há cirurgiões dentistas na equipe multidisciplinar. Aproximadamente 80% dos profissionais se embasam na teoria multicausal de saúde. Pode se concluir que se incluirmos formalmente a saúde bucal nos atendimentos da equipe multidisciplinar dos CDIs, uma melhor atenção será oferecida às crianças, que são o foco destes centros.

Palavras chave: Saúde bucal, intervenção médica precoce, crianças com necessidades especiais, promoção de saúde, educadores em saúde.

Original article

Multi-disciplinary integration team for the development of oral health in high-risk and disabled children.

Abstract

The purpose of this article is to boost the multi-disciplinary integration team for the development of oral health in high-risk and disabled children, following the program that is underway in the Childhood Development Centers (CDC). **Aims:** To identify the presence of oral health in the attention program developed by the specialists in the work team of the CDCs under study, To describe the elements linked to the health meaning dominated by the specialists of the CDCs work team, To identify the work specialties where oral health could be introduced in the atten-

tion given by CDCs under study. **Materials and methodology:** quantitative and qualitative techniques were used; the subjects under observation were the team members of the work team. **Results:** in both CDCs, the specialists perform formative prevention activities, incorporating the children's mothers; the instructors guide them in establishing and reinforcing the habits, including toothbrushing; the team does not have a professional Dentist; in both CDCs the Physiotherapists and Occupational Therapists include the mouth in the massages they apply and the Language Therapist of CDC No. 2 works with the mouth, stimulating the functions related

to language regarding the health meaning in both CDCs, it was found that an approximate 80% of professionals were lined up with the "multicausal" health theory; It is concluded that when oral health is formally incorporated in the CDCs multi-disciplinary team, a better

attention will be given to the children, who are the main goal in these centers.

Keywords: Oral Health, Early Medical Intervention, Disabled Children, Health Promotion, Health Educators.

Introducción

Los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) constituyen el medio para realizar el diagnóstico temprano y la atención integral individualizada, pertenecen a la dirección de Educación Especial del Ministerio del Poder Popular para la Educación de la República Bolivariana de Venezuela. En ellos se aplica el Programa de Prevención y Atención Integral Temprana; y está conformado por un equipo multidisciplinario integrado por diferentes disciplinas (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, docentes, fisioterapeutas, terapeuta de lenguaje, terapeutas ocupacionales), que tienen como funciones planificar y administrar las diferentes estrategias de atención para niños de 0 a 6 años de alto riesgo bio-psico-social o con discapacidad, según el Documento del Ministerio de Educación, Dirección de Educación Especial.¹

El Centro de Desarrollo Infantil No.1 (CDI1) está situado en el municipio Baruta de Caracas. Es una institución pública perteneciente al Ministerio del Poder Popular para la Educación, depende de la Dirección de Educación Especial y está adscrito al Programa de Prevención y Atención Integral Temprana. Cuenta con las siguientes especialidades: Trabajo Social, Psicología, Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Docencia Especializada, en cada una de éstas se encuentran profesionales competentes.

El Centro de Desarrollo Infantil No.2 (CDI2) está ubicado en Montalbán, Caracas. El equipo está conformado por 19 profesionales y cuenta con las siguientes especialidades: Docencia Especializada, Psicología, Trabajo Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacionales y Terapia de Lenguaje.

La población que ingresa a cada CDI está conformada por: niños en condición de alto riesgo biológico, psicológico y/o social, con o sin diagnóstico de patologías y niños con discapacidad. Como ejemplo tenemos: niños de bajo peso, niños prematuros, niños con trisomía 21 (Síndrome de Down), niños con Trastornos del Espectro Autista, niños con alteraciones motoras, niños con alteraciones globales del desarrollo; entre otros.¹

En el documento del Ministerio de Educación, Dirección de Educación Especial¹ se define que los Niños de Alto Riesgo: son niños con una mayor probabilidad de generar en su desarrollo ciertas alteraciones provenientes de la interacción de un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales entre otros.

La Política de Prevención y Atención Integral Temprana en Venezuela planteada desde la Educación Especial, surgió en los años 70, cuya concepción plantea por una parte la prevención desde una visión educativa, considerando como pilares fundamentales al niño, la familia y la comunidad, por otra parte el principio de la Atención Integral Temprana desde una dimensión que se fundamenta

en el desarrollo de las potencialidades del niño, y su relación con la dinámica familiar y la calidad de atención. El programa que se desprende de la política, se realiza mediante dos líneas de acción: la Intervención Básica General y la Intervención Básica Específica; la primera establece acciones interrelacionadas con ciertos sectores como el de la salud y el social, y la segunda establece los lineamientos normativos para la atención del niño.

La estrategia de Intervención Temprana, representa uno de los principios fundamentales de la Política de Atención Temprana y constituye el eje de los CDI. La intervención temprana se fundamenta en el conocimiento de que las experiencias tempranas son útiles para el futuro desarrollo del niño, la misma interviene lo antes posible, de manera de dar al niño una atención integral e individualizada.

En lo específico, el Programa de Prevención y Atención Integral Temprana persigue: detectar tempranamente alteraciones del desarrollo en niños de alto riesgo biológico, psicológico y social establecido o inferido, maximizar el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños y minimizar las limitaciones físicas y psicosociales del desarrollo que los niños presenten.

Córdova, a partir de la concepción integral de salud bucal, plantea lo siguiente: "En la boca y a través de ella se expresa un mundo de relaciones biológicas, afectivas y sociales que constituyen la vida del ser humano. Ella concentra además de los dientes, multiplicidad de músculos, nervios, lo que la convierte en centro de recepción de infinidad de sensaciones y al mismo tiempo en vehículo de variadas respuestas tanto orgánicas como afectivas."²

Desde ese concepto de la boca comprendemos la vital importancia de integrar la cavidad bucal, a

los programas educativos, mucho más cuando se trata de niños cuyo desarrollo depende en gran medida del esfuerzo por estimular y crear condiciones apropiadas para el desarrollo de todas sus potencialidades y capacidades.

"Al Odontólogo le corresponde jugar un papel histórico al lado de muchas bocas que lo necesitan para comer, sonreír y amar mostrando una dentadura sana, ganada en la lucha por construir una vida digna"²

Para las autoras españolas Saavedra et al.,³ el perfil bucal de los niños prematuros de bajo peso, presenta una mayor cantidad de patologías en la estructura del esmalte y la dentina, diferencias en la cronología de erupción, caries y alteraciones en el paladar.

En Venezuela, Casanova⁴ revela la gran problemática bucal de los pacientes con discapacidad, así en lo referente a la prevalencia de maloclusión en niños con parálisis cerebral, señala que ésta era mayor en dentición mixta; se atribuye entre otras causas a la posición anormal de la lengua y a la deglución atípica (común en estos pacientes), lo que además origina una mordida abierta anterior que es identificada como grave.

Contreras⁵ revela características del perfil bucal de niños con necesidades especiales como son: patrones aberrantes de erupción, anomalías en la morfología dentaria, alto riesgo de sufrir traumatismos en las estructuras dentarias; el porcentaje de dientes cariados y perdidos es mayor que el porcentaje de dientes obturados.

Según Pirela et al.,⁶ en una población de 133 niños con edades comprendidas entre 3 y 14 años y diagnósticos médico de Síndrome de Down, sordomudo, ciego, autista y parálisis cerebral, se

encontró que el 71% de la muestra tenía caries, siendo los ciegos, sordomudos y los de parálisis cerebral los más afectados.

Para Longobardi,⁷ el 86% de personas con retardo mental pertenecientes al Instituto para la Capacitación de Niños con Necesidades Especiales, en edades comprendidas entre 6 y 15 años, presentaron un índice de CPOD de 4 dientes con experiencia de caries. El índice IHOS arrojó que el 59% de las personas estudiadas se ubicó en el grado regular y el 36% con grado malo de higiene bucal.

Al vincular la situación de los niños con alto riesgo, la de las personas con discapacidad y las experiencias de prevención y promoción de salud en bebés, que aún no han desarrollado todas sus potencialidades, planteamos la importancia de seguir avanzando en esta línea de investigación referida a la salud bucal para niños de alto riesgo y/o con discapacidad.

Es importante mencionar experiencias tanto de Brasil, como de Colombia que se remontan a los años ochenta, donde se han implementado programas de "Atención Odontológica en el Primer Año de Vida". Representa un antecedente importante de la odontología para bebés, hoy en día denominado Odontología Materno-Infantil; que tiene como principio la educación y la prevención.⁸

Entre las estrategias más utilizadas para la atención odontológica precoz, se encuentran la lactancia materna, así como la educación de los padres y, algunos autores, recomiendan que la educación debe comenzar con las madres en gestación, así como a los pediatras. La pregunta sería a quien debemos orientar primero a la población o los profesionales, algunos autores como Elvey; Hewie (1982) afirman que se debe comenzar por los profesionales relacionados con el área, pues al estar

ellos convencidos de la importancia de la atención odontológica precoz, su divulgación y su aceptación en la población será mayor. Estos profesionales serían, médicos, maestros, enfermeros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, los cuales pueden contribuir junto con el odontólogo en el programa educativo relacionado con la educación odontológica.⁸

La experiencia de la Clínica del Bebé de la Universidad Estadual de Londrina permitió la capacitación de recursos humanos y la conformación de estrategias de atención odontológica al bebé, tanto a nivel local como internacional. Las bases de la Clínica del Bebé son la atención precoz, oportuna y adecuada, el mantenimiento de la salud, la definición de estrategias de atención basadas en la determinación del riesgo y tiene como principio fundamental que la educación genera prevención. Si la educación es el principio de esta práctica, debe ser impartida por las personas o profesionales, que estén cerca del niño, como lo son: las madres y los pediatras.⁹

Guerra, afirma que la atención odontológica de niños y adolescentes con discapacidad adolece de profundas deficiencias ya que son muy pocos los especialistas capacitados y con vocación para atender este tipo de paciente, por lo cual es importante impulsar investigaciones relacionadas con el tema.¹⁰

Los reportes de investigaciones realizadas en el campo de la Salud Pública, coinciden en sus conclusiones en que la caries dental y la gingivitis constituyen las patologías bucales más frecuentes, lo que representa una necesidad social; cuya satisfacción debe centrarse en el abordaje preventivo y en la identificación de acciones que garanticen a los individuos una mejor condición bucal, para lo cual es necesario mejorar los servicios odontológicos y

realizar esfuerzos para lograr que el odontólogo sea capaz de ver al paciente de manera integral.

“En la década de los 60 se introducen conceptos como “conciencia preventiva” (servir al paciente) y “Conciencia sanitaria” (servir bien a la comunidad). Se enfatiza el conocimiento de la Odontología de masas para lo cual se recomienda la formación del odontólogo con sensibilidad social, de esta manera se intenta atenuar el poco impacto social de la odontología y la consecuente acumulación de necesidades de salud bucal”.¹¹

Innumerables acciones se han desarrollado para concretar las finalidades en el campo de la prevención, tanto en los sistemas de atención odontológica, como en la formación del equipo de salud bucal, con énfasis en los cambios curriculares.

La Odontología ha entendido la necesidad de abrirse a nuevas estrategias relacionadas con la promoción y prevención en salud bucal, donde se comprenda al paciente como un ser humano, tomando en cuenta sus actitudes, sus impulsos y sus necesidades. Promover una buena salud general y bucal, son los procesos más importantes para el éxito de un programa preventivo.

La conjunción de ambas líneas de investigación, la situación epidemiológica bucal de los niños con alto riesgo y/o con discapacidad y las experiencias de prevención y promoción de salud en bebés; refuerza el compromiso ante la necesidad del abordaje bucal a temprana edad.

Como antecedentes a este trabajo, la autora desarrolló previamente dos investigaciones: El Componente Bucal en el Marco de los Criterios y Principios de Abordaje que Maneja el CDI No 1 (2001)¹²; en el cual se trabajó con las madres en talleres de prevención bucal, con el propósito de que apren-

dieran la importancia de una buena higiene bucal en los niños en la etapa temprana y con el personal se indagó acerca de la dinámica de trabajo que ellos desarrollaban con la madre y con el niño; y de la importancia que ellos le dan a la salud bucal en su abordaje. En La segunda investigación titulada “Propuesta Metodológica de Promoción y Prevención en Salud Bucal para el Centro de Desarrollo Infantil N°1 (2007)”¹³, se obtuvo información sobre aspectos de cepillado bucal en los niños y de los principales lugares a donde acudían las madres cuando sus hijos presentaban problemas bucales; y se trabajó fundamentalmente con el equipo de especialistas acerca de la necesidad de desarrollar el área de promoción y prevención de salud bucal, con el propósito de fortalecer la atención integral de los niños.

Al partir de un problema complejo que tiene expresión viva y dinámica a lo largo de todo el proceso investigativo. Se utilizó el abordaje cualitativo; nos apoyamos en el autor González, F; el cual expresa: “En la lógica del desarrollo de la investigación cualitativa, lo cuantitativo puede representar un momento del proceso, que permite, organizar el problema de investigación”.¹⁴

Es necesario acotar para el entendimiento de las técnicas cualitativas utilizadas, las siguientes premisas del autor anteriormente señalado: se plantea la construcción de información como un proceso que se va definiendo en su continuidad, donde la experiencia del investigador es indispensable; la investigación es dinámica y está en permanente construcción, por lo cual no se separa en ningún momento de la vida cotidiana. Se genera un proceso proveniente de la misma realidad, lo que permite que los sujetos involucrados participen.

Pretendemos impulsar la integración del equipo multidisciplinario en la Promoción de la salud bu-

cal para niños de alto riesgo y con discapacidad, siendo los objetivos específicos: - Identificar la presencia de la salud bucal en el programa de atención que desarrollan los especialistas que conforman el equipo de trabajo en los CDI estudiados,- identificar las especialidades de trabajo donde se pueda incorporar la salud bucal en la atención que imparten los CDI estudiados y describir los elementos vinculados a la teoría de la salud que manejan los especialistas que conforman el equipo de los CDI estudiados

Materiales y métodos

En el plano metodológico asumimos técnicas cualitativas y cuantitativas. Las variables en estudio fueron: la salud bucal, los especialistas que conforman el equipo de trabajo, la teoría de salud y el programa de atención desarrollado en los CDI. Las características de esta investigación, hace que se inserte en la modalidad de un estudio de campo retrospectivo ya que se utilizaron datos recopilados de los dos centros estudiados 2001 y en el 2007 (CDI1) y 2016 (CDI2).

Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron las siguientes:

Investigación Documental, se recopiló y se analizó información secundaria sobre la situación estudiada a través de documentos (políticas y programas de la institución)

La Observación Participante, ésta permite obtener datos cuantitativos y cualitativos; la investigadora se integró durante la investigación en la dinámica de los centros en estudio y se sometió a las normas planteadas por dicha institución. Lo que permitió la búsqueda de información de fondo, con el registro de hechos o acontecimientos tal cual como ocurrían.

El Taller, se realizaron espacios de intercambio con los especialistas y los directores que conforman el equipo de trabajo, los mismos se insertaron en la investigación; fue una de las técnicas utilizadas con mayor frecuencia en las tres investigaciones.

Entrevistas Estructuradas, se hicieron entre el investigador y los directores de los centros que participaron, así como también con los especialistas. Se elaboró una guía de preguntas para el desarrollo de la misma. Con el propósito de obtener respuestas verbales acerca del objeto en estudio.

Encuestas conformadas por preguntas cerradas y abiertas, estas últimas les permitió a los participantes responder libremente a las interrogantes formuladas por el investigador. Estuvieron conformadas por las siguientes dimensiones: datos personales de los especialistas (Nombre y especialidad), concepto de salud, dinámica de trabajo y herramientas que utilizan para llevar a cabo su trabajo y acciones dentro de su quehacer diario que pudieran apoyar la presencia del componente bucal de la salud en la atención del niño.

El Diario de Campo: éste constituyó la base para la organización de la información recabada, se elaboraron periódicamente resúmenes de todas las actividades que se realizaron en cada visita a los centros estudiados.

Las fuentes de información estuvieron conformadas por los directores, los especialistas integrantes de los equipos de trabajo de ambos centros y por los documentos sobre política y programas de dicha institución.

El proyecto de Investigación se sometió a la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Vene-

zuela el cual nos otorgó el aval correspondiente. Fue dirigido a las instancias involucradas para dicha investigación, Directora de Educación Especial y jefe de la Zona Educativa del Distrito Capital, ésta última informó y otorgó el permiso para la asistencia; y para la aplicación de las técnicas utilizadas para la recolección de los datos, en ambos CDI. Igualmente se realizaron talleres con los directores y profesionales de los equipos de trabajo, se les explicó el propósito y la metodología a utilizar para el desarrollo de este estudio, de manera que ellos pudieran decidir e integrarse al trabajo. Las encuestas realizadas fueron anónimas.

Resultados

El personal especialista del CDI1, estuvo constituido para el momento de la investigación por 13 miembros a saber: dos psicólogas una ocupaba el cargo de Directora con funciones administrativas y la otra ejercía su trabajo en la especialidad propiamente dicha, cuatro maestras especializadas, una trabajadora social, dos fisioterapeutas, dos terapeutas ocupacionales, un médico fisiatra y una secretaria; el equipo en su totalidad participó a lo

largo de la investigación. El CDI2 estaba constituido por 19 especialistas que conformaban el equipo de trabajo, de los cuales participaron 15, a saber: el Director con especialidad de docencia y con funciones administrativas, 8 maestras especializadas, dos terapeutas ocupacionales, tres fisioterapeutas y una terapeuta de lenguaje.

Dentro de los especialistas que trabajan para el CDI1 no hay odontólogos, la odontología, como especialidad no está presente. Sin embargo se observó que el 50% de los docentes especialistas abarcaban dentro de sus actividades, orientaciones sencillas para las madres en relación con la higiene bucal del niño, las dos terapeutas ocupacionales realizaban masajes en la boca de los niños, el médico incluía a la misma en su evaluación; sin embargo este último expresó preocupación por la dificultad para identificar las características bucales específicas para cada niño atendido; así mismo la psicóloga realizaba preguntas en su evaluación, en relación a la presencia del hábito de cepillado bucal, tanto en las madres, como en los niños. De los 13 especialistas que conforman el equipo el 46% incluían actividades relacionadas con la boca dentro de

	CDI1	CDI2
Psicólogo	2	
Maestra Especializada	4	9
Trabajadora Social	1	
Fisioterapeuta	2	3
Terapeuta Ocupacional	2	2
Médico Fisiatra	1	
Secretaria	1	
Terapeuta de Lenguaje		1
Odontólogo	0	0
No participaron		4
Total	13	19

Tabla 1. Personal especialista integrantes de los CDI evaluados.

las rutinas diarias que llevaban a cabo con los niños. Es necesario resaltar que las actividades relacionadas con la cavidad bucal realizadas por el equipo de trabajo se encontraban presentes de una manera aislada y no formaban parte del programa que ellos desarrollaban en los CDI.

A pesar de esto, se observó dificultad en ellos para visualizar la boca como órgano fundamental dentro del desarrollo integral del niño. Un hallazgo muy relevante lo constituyó la siguiente afirmación, suministrada por la directora del CDI1 Vanessa González: “Nunca en los talleres realizados por el Departamento de Prevención e Intervención Temprana de la Dirección Especial del Ministerio de Educación, había escuchado el planteamiento de la importancia de la salud bucal en el desarrollo integral del niño.”

En cuanto a la teoría de la salud que manejaba el equipo de trabajo del CDI1 se obtuvo que el 89% de los profesionales tenía un pensamiento que se correspondió con la teoría multicausal de la salud, consideraron que la misma se refería al equilibrio de factores (biológicos, psicológicos y sociales) y el 11% ubicó a la salud como un proceso social para disfrutar la vida, por lo cual pudiéramos decir que comparten los planteamientos de la teoría social de la salud. En el CDI2 el 80% del equipo de trabajo se ubicó en la teoría multicausal, el 13.3% relacionó a la salud con la ausencia de enfermedad y el 6.6% de los profesionales se ubicaron en la teoría social de la salud.

En el CDI2 no hay odontólogo dentro del equipo de trabajo, sólo en una ocasión un odontólogo colaborador dictó charlas educativas a las madres y a los niños. El 62% de los docentes especialistas realizaban orientaciones de prevención bucal de carácter formativo; incorporando a la familia como parte activa; enseñaban a los

padres a estimular a sus hijos en la instalación y el refuerzo del cepillado bucal; también en la entrevista con la madre, ellos indagaban cuáles y cómo eran los hábitos relacionados con la boca, que posee la madre en el caso de los lactantes y en los niños si son más grandes. Una de las dos terapistas ocupacionales que participaron en este estudio, tomaban en cuenta la boca en sus actividades de estimulación con los diferentes órganos del niño; y el terapeuta de lenguaje abarcaba lo que tiene que ver con la fonética, trabajaba con las referencias bucales anatómicas con el objeto de estimular las funciones que contribuyen al lenguaje.

El 95% de los integrantes del equipo de trabajo, afirman la necesidad de incluir de manera formal a la salud bucal en sus rutinas diarias de trabajo. Expresaron la necesidad de hacer un diagnóstico bucal sistemático y específico de las condiciones bucales de cada niño para organizar la atención; y les pareció importante elaborar unos lineamientos en el área de promoción y prevención bucal, para que los niños pudieran preservar su salud bucal contribuyendo a la atención integral.

En total el 47% de los especialistas de este centro incluyeron actividades relacionadas con la boca. El director afirmó que la prevención bucal puede favorecer a la línea de intersectorialidad que se expresa en la política de estos centros. Los profesionales exponen la necesidad que tienen de ser orientados en relación a técnicas de higiene bucal, sobre todo para los lactantes. Así mismo expresaron, que los estudiantes del postgrado de Odontopediatría de la Universidad Central de Venezuela pudieran brindar los conocimientos específicos en el área bucal, lo cual contribuiría a fortalecer el programa que se desarrolla en estas instituciones.

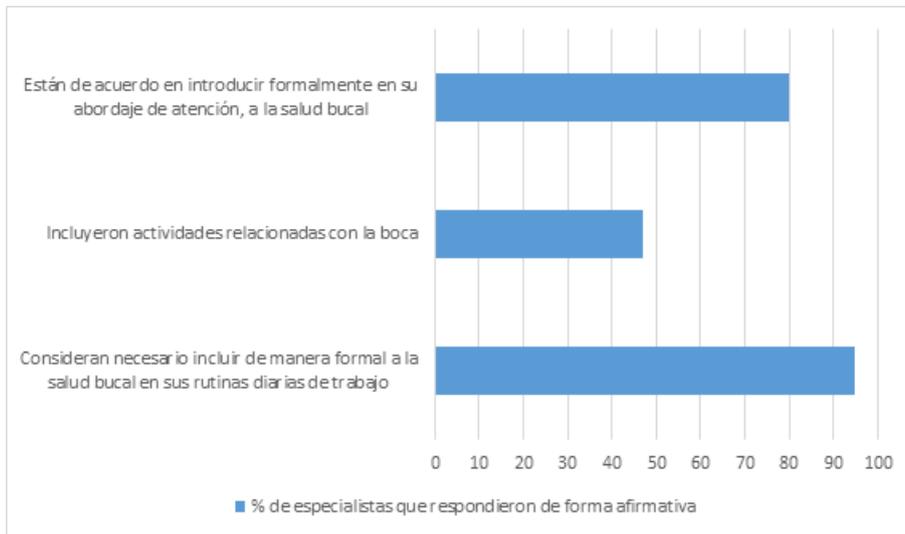


Gráfico 1. Porcentaje de especialistas que respondieron de forma afirmativa a preguntas de la encuesta referentes a salud bucal.

En este centro el 80% de los especialistas que participaron, están de acuerdo en introducir formalmente en su abordaje de atención, a la salud bucal, contribuyendo así al fortalecimiento de la atención del niño.

Ambos centros se caracterizaron por un abordaje multidisciplinario, donde cada especialista daba su punto de vista acerca de la situación del niño y a continuación se elaboraba el plan de tratamiento individualizado, el cual era llevado a cabo por las fisioterapistas, terapistas ocupacionales y las maestras especializadas. Esto reflejó la gran dificultad para abordar al niño de manera integral, ya que lo que se daba era una atención parcial.

Se consideró que la línea correspondiente a la Intervención Básica General, definida al inicio de este artículo se encontró muy poco desarrollada en ambos CDI, se realizaban actividades muy esporádicas con ciertos sectores, pero no eran permanentes. En ambos CDI la Línea de Intervención Básica Específica tenía un mayor desarrollo, ya que los

diferentes profesionales organizaban un plan individual de trabajo para cada niño.

Se observó que en todas las especialidades que conforman a ambos CDI, se pueden incorporar acciones en la dinámica diaria, destinadas a fomentar una buena higiene bucal y a prevenir patologías específicas de la cavidad bucal. Los docentes,

mencionaron la necesidad de elaborar unos lineamientos que guíen la rutina diaria de una manera continua y permanente en relación a la orientación de las madres acerca de cómo realizar una buena higiene bucal, incluyendo la incorporación del cepillado dental a temprana edad y de qué manera controlar hábitos bucales inadecuados (mordedura de labio, succión del dedo, succión de chupón).

Las trabajadoras sociales expresan que en las actividades de motivación que ellas realizan con las madres, pueden sensibilizar por medio de la colocación en la institución de afiches, rotafolios, y entrega de trípticos sobre el cuidado de la higiene bucal. Las psicólogas afirmaron que a través de la entrevista inicial que realizan a las madres y en las sesiones siguientes pueden orientarlas en el manejo del hábito de cepillado bucal en el hogar. El pediatra afirma la necesidad de la presencia del odontólogo, de manera de poder diagnosticar de forma correcta las lesiones bucales presentes en los niños y orientar a la madre, acerca de los lugares donde pueden acudir para que el niño sea tratado si así lo requiere.

Es importante poner de relieve, los principios, que orientan el programa que desarrollan estas instituciones como son: la Intersectorialidad, La Intervención Temprana, La Prevención, La Interdisciplinariedad y La Integralidad; los cuales pudieran fortalecer y acompañar las acciones en salud bucal a desarrollarse a nivel preventivo en los CDI.

Discusión

A lo largo de esta investigación, se ha podido evidenciar que el equipo de especialistas, poseen inquietudes, en cuanto a las prácticas de higiene bucal en los bebés de Alto Riesgo; de igual manera se ha visto la necesidad que ellos tienen de manejar las técnicas de higiene bucal, adaptadas a las características de cada niño, y han manifestado la importancia de conocer la información en cuanto a la salud bucal que manejan las madres de los niños. Esto nos hace pensar que es vital la orientación por parte del odontopediatra, a los profesionales relacionados con el área (pediatras, maestros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos) los cuales pueden contribuir a ejecutar el programa educativo relacionado con la educación odontológica; de manera de enseñar las técnicas adecuadas para este grupo de niños y fortalecer la atención integral, principio fundamental en estos espacios de atención.

Los resultados obtenidos, demuestran la dificultad del personal del campo educativo y del rehabilitador (maestros, fisioterapias y terapeutas ocupacionales) que son en su mayoría los que conforman el equipo de trabajo de los CDI, para visualizar la boca como órgano fundamental en el desarrollo integral de los niños; lo que se evidencia en el poco mane-

jo de temas relacionados con la promoción y prevención de la cavidad bucal ; ellos realizan actividades aisladas, dentro de la rutina diaria de trabajo en relación a la instalación de hábitos de higiene personal, en las que incluyen el cepillado dental; pero no están conscientes de la problemática bucal, a la cual se hizo referencia en la parte introductoria, donde se constató que éstos niños presenta un perfil epidemiológico bucal acorde a su condición biológica o/y psicológica, lo cual repercute en el desenvolvimiento de la salud de este grupo poblacional.

El Programa de Prevención y Atención Integral Temprana que se desarrolla en los CDI; posee una visión educativa y preventiva, lo que coincide con lo descrito en la introducción, donde se afirmó que en la “odontología materno- infantil” la educación y la prevención son los principios fundamentales de esta práctica; siendo de fácil aplicación por los profesionales de los CDI, ya que forman parte de la política y del funcionamiento de estos centros, lo cuales pudieran guiar y orientar las actividades a desarrollar en el área de promoción y prevención de salud bucal.

En los resultados relacionados con la teoría de salud, específicamente en el CDI1 se obtuvo que el 89% de los profesionales tenía un pensamiento que se correspondió con la teoría multicausal de la salud y en el CDI2 el 80%, lo que se constató en el manejo de definiciones acorde con el abordaje clásico, que tiene como principio el “Riesgo” (probabilidad que tiene el individuo de sufrir daño) y eso se corresponde a como está concebida la salud dentro del documento de Prevención y Atención Integral Temprana. Pensamos que ésta es una noción muy limitada y estática, donde el

ambiente tiene un peso importante, pero no se llegan a concretar los determinantes que en él se encuentran.

En el desarrollo del plan individual que ejecutan los diferentes especialistas para cada niño, se constató que se puede incorporar de una manera formal la promoción y la prevención bucal; es necesario para potenciar el trabajo en esta área, que ellos, tengan una formación integral, capaz de asumir en el campo de la promoción de la salud, diferentes conceptos que tengan que ver con el desarrollo integral del niño y su relación con la cavidad bucal; Lo cual se logrará con el acompañamiento del odontopediatra y del personal relacionado con el campo odontológico (higienistas, estudiantes del postgrado de odontopediatría, entre otros), esta vinculación interinstitucional, fortalecerá el conocimiento y las prácticas bucales en relación a mantener una buena higiene bucal; creando así programas donde intervengan áreas que pudieran apoyar la prevención y atención odontológica a temprana edad.

Conclusiones

De los datos obtenidos, con respecto a la presencia de actividades por parte del equipo multidisciplinario relacionadas con la salud bucal en ambos CDI se desprende, la necesidad de incluir en el programa que llevan a cabo los especialistas el área de promoción y prevención bucal, para que los niños puedan preservar su salud.

En las cifras obtenidas en los resultados se evidenció que en todas las especialidades se puede incorporar acciones de salud bucal; los integrantes del equipo multidisciplinario expresaron que la presencia de éstas acciones, contribuiría al fortalecimiento de la política de dicha institución, que corresponde a la Prevención y Atención In-

tegral Temprana, fortaleciendo el desarrollo integral de los niños que asisten a dicha institución.

Partiendo de los resultados obtenidos, en relación a la práctica de la teoría clásica de salud, en el manejo de las actividades diarias que desarrollan los especialistas, podemos concluir que ella influye en las acciones que realiza el equipo, por eso la atención que se da es individualizada y la prevención parte de la enfermedad.

Es indispensable fortalecer el grado de compromiso de los especialistas en relación a la situación de salud bucal que poseen los niños de alto riesgo y con discapacidad, de manera que les permita actuar con conciencia. Así mismo si el equipo de trabajo internaliza el principio de La Interdisciplinariedad y de la interinstitucionalidad, se fortalecerían las acciones de promoción y prevención en salud bucal, y esto se reflejaría en la atención que se les brindaría al niño y a la madre.

Recomendaciones

Es de suma importancia la orientación y el trabajo permanentemente con el odontopediatra de manera que el equipo de trabajo de estas instituciones tenga el conocimiento teórico-práctico para poder llevar a cabo las acciones de promoción y prevención bucal.

La preparación y formación de los especialistas en el área de salud bucal es fundamental, para que obtengan el conocimiento actual de la problemática bucal de los niños de alto riesgo y con discapacidad; de manera de crear conciencia y compromiso en ellos, que permitan poner en práctica actividades relacionadas con la promoción y prevención de las patologías bucales; lo que contribuirá al desarrollo integral de este grupo poblacional.

Referencias bibliográficas

1. Núñez de Baez B, Chávez de Quintero N, Fernández F, González de Salas G, Roa de Rivas AE. Conceptualización y Política de la Prevención y Atención Integral Temprana. Programa de Prevención y Atención integral Temprana Ministerio de Educación. Dirección de Educación Especial. Edición revisada. Caracas 1998.
2. Córdova, Y. La Boca como Territorio de la Vida. Guía de estudio. Cátedra de Odontología Sanitaria. Caracas: Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, 1996.
3. Saavedra-Marban, G., Planells del Pozo, P., Ruiz.-Extremera, A. Patología Orofacial en Niños Nacidos en Condiciones de Alto Riesgo. RCOE España. 2004; 9(2): 151-158.
4. Casanova de Rojas M. El Paciente en Desventaja una Realidad una Propuesta. Trabajo de ascenso presentado para optar a la categoría de Profesor Agregado en el escalafón universitario. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1994.
5. Contreras K. Condiciones Bucales en Niños con Necesidades Especiales: Programa Bucal para Niños con Necesidades Especiales. Trabajo de grado presentado para el post-grado de Odontología Infantil. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1994.
6. Pirela de Manzano MA, Salazar CR, Manzano M. Patología Bucal Prevalente en Niños Excepcionales. Acta Odontol Venez.1999; 3 :193-8.
7. Longobardi M. Prevalencia de Caries y Enfermedad Periodontal en un Grupo de Pacientes Institucionalizados con Retardo Mental en el área Metropolitana. Trabajo de ascenso presentado para ascender a la categoría de Profesor Asistente, Caracas: Universidad Central de Venezuela, Facultad de Odontología, 2007.
8. De Figueiredo Walter LR. Educación Odontológica: Necesidades Educativas. En: De Figueiredo Walter LR. Odontología Para El Bebe. Primera Edición Sao Paulo Brasil. Artes Médicas Ltda 2000. p 75 – 92.
9. De Figueiredo Walter LR, Ferrele A. Bebé clínica de la Universidade estadual de Londrina: Un resumen Histórico. Rev Odontoped Latinoam. 2013; 3: 77-81.
10. Lozada MS, Guerra ME. Alternativas de Atención Odontológica en Niños y Adolescentes con Discapacidad Intelectual. Rev Odontoped Latinoam. 2012; 2: 40-51
11. Espinoza HE. Memoria. El Departamento de Odontología Preventiva y Social en el Curriculum de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Trabajo presentado para optar a la categoría de Profesor Asistente. Caracas: Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela, 1982.
12. Barrios R. El Componente Bucal en el Marco de los Criterios y Principios de Abordaje Integral que Maneja el Centro de Desarrollo Infantil No. 1. Distrito Escolar No. 6. Caracas 1998-2000. Trabajo de ascenso para la categoría de Profesor Agregado. Caracas: Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela, 2001.
13. Barrios R. Propuesta Metodológica de Promoción y Prevención en Salud Bucal para el Centro de Desarrollo Infantil N°1 (2006-2007). Trabajo de ascenso para la categoría de Profesor Asociado. Caracas: Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, 2007.
14. González F. Epistemología Cualitativa y Subjetividad. Segunda Edición. Sao Paulo 1997.

Recibido: 03/08/2017

Aceptado: 16/11/2017

Correspondencia: Rosalba Barrios. rosaltabarrios@hotmail.com