



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



TITULO: Educación para Salud bucal en personas con discapacidad visual. Reflexión sobre las prácticas extensionistas.

EJE: Extensión, docencia e investigación.

AUTORES: Hernando Luis M., Zanotti Alejandro, Evjanián Gladys, Visvisián Carmen

REFERENCIA INSTITUCIONAL: Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba

CONTACTO: luishernando@odo.unc.edu.ar

RESUMEN

En el presente trabajo se muestra el resultado de un proyecto extensionista de los estudiantes, profesores y egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba. Se trata de un trabajo interdisciplinario tendiente al diseño y la elaboración de herramientas de apoyo educativo en salud bucal destinadas a personas con discapacidad visual.

Del desarrollo del proyecto se logró, en conjunto con las instituciones del medio, la elaboración de herramientas adecuadas para estos casos particulares destinadas a la promoción de la salud bucal como resultado final de un proceso de reflexión colectiva entre los miembros del equipo de trabajo, las instituciones participantes en el proyecto y la comunidad.

La actual experiencia permite conjeturar que los proyectos extensionistas mejoran la calidad en la formación de los profesionales universitarios, otorgando una adecuada vinculación con la comunidad y permitiendo la difusión del conocimiento adquirido.

Más aún, se podría decir que la extensión universitaria se inserta dentro de las estrategias de mayor prioridad en el rol social de la universidad.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



INTRODUCCIÓN

Gran parte de los profesionales cree que la atención odontológica a ciertos discapacitados requiere entrenamiento especial y equipo adicional. Ciertamente algún sector de esa población podrá requerir cierto adiestramiento particular aunque en la mayoría de los casos los discapacitados se pueden tratar en consultorios públicos o privados por un odontólogo. Estos profesionales deben considerar a las personas discapacitadas como individuos con problemas dentales que tienen además una condición médica particular.

La atención eficaz de estas personas implica más un cambio de actitud que de técnica. El odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades. Debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal.

La prevención es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta para asegurar una buena salud bucal de cualquier paciente. El odontólogo debe percibir la problemática del individuo en particular y formular un plan individual, así como transmitir a los padres y al paciente como debe llevar a cabo tal programa.

Los problemas de salud bucodental en pacientes con discapacidad visual se ven exacerbados debido a que no están en posición de identificar alguna patología en etapas tempranas y por lo tanto tomar acciones para solucionarla. Entonces, ¿cómo brindar herramientas de apoyo educativo para enseñar a estos pacientes, si la mayoría del material a nuestro alcance es de tipo audiovisual?

Resulta entonces pertinente incursionar en una nueva línea de trabajo relacionada con la discapacidad visual y la movilidad espacial de la persona ciega. Se debe principalmente a que se trata de un área muy sensible dentro de las minorías de la sociedad, pero ciertamente muy importante por su número. Por otro lado, esta coyuntura permitiría abrir nuevos campos para la Educación en salud bucal, que como disciplina basada en la



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



comunicación, podrá ampliar su espacio de acción no tan solo a través de lo visual, sino que también de lo táctil y audio táctil.

La Educación para la Salud no debe entenderse como la instrucción directa y unilateral donde sólo el profesional tiene derecho a aportar sus conocimientos, ignorando el aporte de los participantes; ésta ha sido la forma como tradicionalmente se ha entendido en el área odontológica. Antes bien, debería entenderse como un proceso de intercambio de saberes que busque en todo momento la reflexión acerca del qué, el por qué y el para qué de las acciones que desarrolla, en este caso en el área de la salud bucal.

Conscientes de que los modelos que consagran el abordaje de las situaciones a partir de un solo saber han perdido vigencia histórica, consideramos que la interdisciplina es la única forma posible para enfrentar retos tan heterogéneos como los problemas de salud actuales de las comunidades. En ello coincidimos con lo propuesto por Canetti y Da Luz quienes afirman: *“el aspecto esencial de la interdisciplina radica en la posibilidad de superar la separación entre las disciplinas, evitando la visión fragmentada, la toma de decisiones unilaterales y/o la duplicidad de funciones. El trabajo se asume, no de acuerdo a la función de cada especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población”*.
(1)

Planteamos además nuestra intervención desde una perspectiva de derechos humanos en general y especialmente de equidad en Salud, con una actitud de respeto hacia las personas y comunidades destinatarias de las acciones, y una ubicación del saber disciplinario en un contexto de diálogo con otros saberes, no solo universitarios, sino también los que se producen y se transmiten en las comunidades.

Asumiendo a la extensión universitaria como la potencialidad de conocer, estudiar, intervenir con perspectiva interdisciplinaria en cuestiones de relevancia social, se constituyó este equipo de trabajo integrado por representantes de diferentes disciplinas como odontología, filosofía, trabajo social, psicología, artes plásticas, docentes, alumnos y padres de institutos de enseñanza especial para ciegos y disminuidos visuales, integrantes de la Biblioteca para Discapacitados Visuales de la Provincia de Córdoba y el apoyo de la Dirección de Discapacidad Provincial.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que el 90 % de las 38 millones de personas ciegas del mundo y las 110 millones de personas con baja visión, viven en países en vías de desarrollo. Las estadísticas señalan que en los países latinoamericanos, se encuentra el 50% de la población ciega del mundo, lo que evidentemente como universitarios al servicio de la sociedad nos pone en alerta para buscar los mecanismos más adecuados de cooperación.

En la Argentina, la encuesta nacional de personas con discapacidad destaca que en todo el país se relevaron un total de 45.235 personas ciegas y 588.794 personas con dificultades para ver. En la región Pampeana, que incluye a la provincia de Córdoba, se establece un total de 257.069 personas discapacidad visual, 23.6% del total de país, de las cuales 240.804 se incluyen en la categoría de personas con dificultades para ver y 16.265 en personas con ceguera (INDEC, 2004).

Según datos aportados por la Dirección de Regímenes Especiales del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba, en nuestra provincia se atienden: 150 alumnos menores de 14 años en el Instituto Helen Keller, 140 alumnos mayores de 14 años en el Centro de Rehabilitación para ciegos adultos Julián Baquero, 40 alumnos de todas las edades en la Escuela especial Vicenta Castro Cambón y otros 40 alumnos de todas las edades en el resto de la Provincia.

El presente proyecto procura elaborar –en forma conjunta con niños, adolescentes y adultos ciegos y disminuidos visuales, profesores en educación especial, y otros actores sociales— material didáctico táctil y auditivo destinado a la promoción y educación en salud bucal.

Se tuvo en cuenta que el medio más importante para la comunicación intelectual es la palabra hablada o escrita. La palabra se transmite mediante signos sonoros o gráficos, no solo a la vista sino también al oído y al tacto. Ello hace que el ciego tenga pleno acceso a la comunicación intelectual. (2)

Los estudios epidemiológicos han demostrado cómo la promoción y la protección específica contribuyen a la prevención de la enfermedad. La educación en salud oral ha sido practicada



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



por diferentes personas y con diferentes ayudas, audiovisuales, videos, demostraciones y modelos. El juego, las charlas y los modelos contribuyen al mejoramiento de la salud oral.
(3)

El ciego, puede sustituir las relaciones de vista y oído por las de tacto y oído, así como las primeras vienen dadas por la realidad ambiental, al ciego hay que mostrárselas intencionalmente, haciéndolo tocar los objetos mismos y relacionándolos con las palabras.
(4)

El lenguaje Braille al igual que el impreso en tinta si se usa apropiadamente ofrece iguales oportunidades para dominar las actividades básicas de lectoescritura. (5)

Con este proyecto esperamos encaminarnos en la senda que marcara Luis Braille cuando afirmaba: "El acceso a la comunicación en su sentido más amplio es el acceso al conocimiento, y eso es de importancia vital para nosotros [los ciegos] si no queremos continuar siendo despreciados o protegidos por personas videntes compasivas. No necesitamos piedad ni que nos recuerden que somos vulnerables. Tenemos que ser tratados como iguales, y la comunicación es el medio por el que podemos conseguirlo".

DESTINATARIOS

Personas ciegas o con algún grado de discapacidad visual que concurren a los institutos de enseñanza especial de la Provincia de Córdoba y a la Biblioteca Provincial para Discapitados Visuales. También está destinado a odontólogos de nuestro medio que asisten a personas con discapacidad visual.

OBJETIVOS GENERALES

- Desarrollar herramientas metodológicas para la comunicación en educación en salud bucal a pacientes ciegos o con discapacidad visual.
- Generar una actitud positiva hacia la educación en salud bucal en docentes, personas con discapacidad visual e integrantes del presente proyecto, mediante el intercambio de saberes.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaboración de cartillas, para invidentes (ceguera total) y para subvidentes (ceguera parcial), elaboradas en tinta, método Braille y con dibujos en relieve, para lograr mayor estimulación táctil.
- Confección de maquetas de macro modelos a fin de explicar técnicas de higiene oral, proceso de caries, restauraciones, etc.
- Desarrollar grabaciones habladas educativas en salud bucal (audiolibros o audiotextos) creados especialmente en soporte digital destinados a personas ciegas o con algún grado de discapacidad visual.

METODOLOGIA DE TRABAJO

El equipo se caracterizó por asumir un trabajo interdisciplinario en el cual intentamos complementar los conocimientos diversos de cada profesional. La discusión colectiva sobre la temática es una herramienta permanente en la toma de decisiones. De esta forma las actividades se van desarrollando a medida que surgen los acuerdos y consensos de las afirmaciones e hipótesis que sostenemos.

Primera etapa: Talleres con profesores en educación especial a fin de determinar cuáles son las formas de comunicación y representación de la salud bucal de las personas ciegas. Trabajo en taller con personas discapacitadas visuales para determinar cuáles son las formas de comunicación y representación de la salud bucal de las personas con discapacidad visual.

Segunda Etapa: Diseñar y desarrollar distintos materiales de apoyo educativo para salud bucal. Desarrollo de cartillas educativas en método Braille. Confección de láminas ilustrativas con relieve y maquetas. Elaborar audio textos referidos a educación para la salud bucal.

Tercera Etapa: Prueba piloto en grupos de niños, adolescentes y adultos de los materiales táctiles y auditivos diseñados.

Cuarta etapa: Corrección de los materiales según la evaluación de la prueba piloto. Difusión y distribución del material elaborado.

Se desarrolló la primera etapa y se avanzó en buena parte de la segunda (Septiembre de 2009). Se realizaron los talleres previstos y se procesaron los datos obtenidos, de acuerdo al análisis preliminar de los resultados, se decidió avanzar según lo programado con la etapa siguiente del proyecto.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



En relación a la segunda etapa, se elaboraron inicialmente dos cartillas destinadas a la difusión de materiales educativos en salud bucal, una para invidentes (ceguera total) y la otra para subvidentes (ceguera parcial). Estas cartillas fueron elaboradas en tinta y en el método Braille complementada con dibujos en relieve, para lograr mayor estimulación táctil.

Con la colaboración de un técnico en producción de medios audiovisuales se finalizó con el argumento del guión para iniciar el proceso de producción de los audiolibros y se realizaron las primeras pruebas de voces en conjunto con el área audiotexto de la Biblioteca Provincial para Discapacitados Visuales de la Provincia de Córdoba, a fin de seleccionar las diferentes voces que garanticen la calidad de la lectura (dicción, ritmo y entonación) y controlar la calidad del sonido. Una vez comprobada la calidad de la grabación, se realizó la edición y el montaje final del audiolibro.

RESULTADOS

Herramientas de apoyo educativo en salud bucal:

- Se desarrollaron 26 Cartillas educativas en método Braille destinadas a personas jóvenes-adultas.
- Se confeccionaron 14 láminas ilustrativas con relieve y maquetas: junto con la colaboración de un técnico en producción de medios audiovisuales se diseñó un macromodelo de una boca sana, un macromodelo de un elemento molar sano y un macromodelo de un elemento molar con caries. Se utilizaron diferentes materiales y texturas para que los destinatarios puedan interpretar y diferenciar a través del tacto las partes que lo conforman: encías, formas y cantidad de elementos dentarios, y la representación de caries. Además en los macromodelos se realizaron referencias en rótulos autoadhesivos termoformados escritos en Braille, los cuales remiten a una guía de explicación sobre nombres y función de cada parte constitutiva de la anatomía de los elementos dentarios y el sistema estomatognático.
- Audio textos referidos a educación para la salud bucal: Se produjeron dos textos dirigidos a la población con discapacidad visual joven-adulta y niños respectivamente. Estos CD se acompañan de una cartilla-maqueta que contiene un



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



cepillo dental, el corte longitudinal de un elemento dentario y todas sus estructuras adyacentes en relieve. Se grabaron un total de 15 CD.

Una vez completado el desarrollo del proyecto se realizó una valoración tanto de los resultados obtenidos como del proceso seguido por los actores intervinientes en el mismo:

- Respecto al equipo de extensión

Se valora como positivo haber llevado a cabo reuniones de formación dirigidas a todo el equipo de extensión. Las mismas favorecieron a la unión del grupo en cuanto a la puesta en práctica de las actividades propuestas en cada etapa, generándose un clima de trabajo cooperativo acorde a los fundamentos de toda actividad extensionista.

Se adquirieron nuevos conocimientos a través del intercambio de experiencias, lo que ayudó a los becarios en las reuniones con docentes y directivos.

Se generó el interés sobre la temática corroborando el mismo por las actitudes, acciones y buena predisposición de los intervinientes. Se potenciaron las relaciones que en un principio eran de cierta desconfianza.

Surgió la necesidad de continuar en el desarrollo de la experiencia, tanto como proponer la incorporación de la misma a los contenidos curriculares, como la de generalizar la experiencia a otras instituciones (hospitales, centros odontológicos, dispensarios).

- Respecto a los destinatarios directos

Del análisis de los resultados obtenidos en las diferentes pruebas de los materiales desarrollados, se pudo inferir que las intervenciones realizadas por el equipo fueron de relevancia. Evidenciado esto, en el interés mostrado por los destinatarios ante los elementos producidos y adaptados. En algunos casos manifestaron que los mismos disminuían el miedo, que les generaba la atención odontológica por el desconocimiento de las estructuras y funciones (miedo a lo desconocido).

CONSIDERACIONES FINALES

- Es imprescindible realizar una segmentación de los discapacitados visuales y aplicar la herramienta que se adapte a la habilidad del paciente.
- Resulta imprescindible que el profesional, adopte una actitud proactiva con el paciente con discapacidad visual y lo incite a la práctica de prevención. Despojar al



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



profesional de cualquier temor a no ser comprendido, es el primer paso para poder entablar una relación empática con el paciente.

- Un niño que aprende, puede incorporar conductas para toda su vida. El caso de los niños con discapacidad visual, no están exentos de esta regla, en tanto el docente/padre pueda guiarlos en el proceso de aprendizaje.
- Un discapacitado visual que no sepa braille, puede también aprender sobre la prevención y salud bucal mediante otros métodos tales como el audio y maquetas que impliquen la aplicación del sentido del tacto.

Por último y a modo de reflexión, citamos las palabras del Lic. Antonio Vidal, las cuales resumen el vínculo entre el ciego y el que no quiere ver:

¿Se plantearon alguna vez qué palabras se pueden usar con un ciego?

Es simple la respuesta, todas. Hablo de las palabras porque una de las primeras cosas que le dije a Mariana (la niña no vidente) fue: - Anda a ver si la maestra de inglés esta en el otro salón. Mariana que conoce la escuela en su totalidad pues asiste desde primer grado, salió, se fijó y volvió con la respuesta correcta: - Está en el grado, ya viene. Agradecí que no pudiera verme, me sentía avergonzado, mi objetivo era tratarla con naturalidad y le había dicho la palabra ver. Recurrí a Sandra la maestra integradora, que desde su experiencia apoyó mi accionar, había logrado lo que quería, tratarla con "normalidad".

NOTA

Este trabajo fue avalado y financiado por el Programa de Becas – Subsidios a Proyectos de Extensión. Convocatoria 2009. Secretaría de Extensión Universitaria. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

TRABAJOS CITADOS

1. A, Canetti y Da luz, S. Enseñanza comunitaria en el ámbito comunitario. Desafíos y propuestas para la formación de recursos en el área de la salud. Montevideo : Recortes Impresos, 2003.
2. El juego una alternativa educativa en la promoción en la salud oral. Corchuelo, J. s.l. : Universidad del Valle, 1994. Memorias V Encuentro de Investigación, ACFO. págs. 275 - 277.
3. Rosa, A. y Cols. Psicología de la ceguera. Madrid : Alianza, 1993. pág. 177.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



4. Pajón, E. Psicología de la ceguera. 1° Edición. Madrid : Fragua, 1974. pág. 200.
5. González, A. Alfabetización tinta o Braille. Bogotá : INCI, 1980. págs. 10-12.

BIBLIOGRAFIA

1. Añé González B, Seguí León O. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. Rev. Cubana Estomatol. 1987;24(1):59-66.
2. Cuenca Sala, Emili; Baca García, Pilar: "Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones". 3ª ed. Barcelona, España: Masson, 2005 Stemper E, Biondi A Ma,
3. Cortese G: Odontología desde un enfoque integral. Rev. Prismas. 200, ct 7247 (76): 1 – 8.
4. De Paola DP, Faine MP, Vogel RI: Nutrición respecto a la medicina dental. En: Shils EM, Olson JA, Shike M, eds. Nutrición moderna en salud y enfermedad. 8va edición. Filadelfia, Pap 160: Prado and Febiger, 1994. pp 1007 – 1028.
5. Fishleder Rudoy, Guillermo. Estudio de padecimientos bucodentales en niños ciegos. [Rev. ADM](#); 42(2): 53-7, mar.-abr. 1985.
6. Lamas C, Hernández R, Añé B. Evaluación de 2 métodos educativos sobre higiene bucal. Rev Cubana Estomatol 1987; 24(1):101-12.
7. Lebowitz E. Introducción a la odontología para los ciegos. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. México. Ed. Interamericana 1974: 647-664.
8. Nathan JE. Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities. J Dent Child 2001;68(2): 89-101
9. Peñaranda H Pablo M. "Los aportes de la psicología a la odontología". Venezuela. **Ed.** Universidad Central de Venezuela - Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. 2005
10. Penerini, Yolanda N. Estimulación temprana y orientación educativa de niños discapacitados visuales. [Arch Argent Pediatr](#); 92(2): 98-103, abr. 1994.
11. Pérez Borrego A, Barrios Felipe L, Fernández Fregio MJ, Rodríguez Llanes R. Estudio comparativo del nivel de educación para la salud en maestros de enseñanza primaria y media. Rev Cubana Estomatol 1989; 26(4):268-76.
12. Prieto Rodríguez, Angela María; Tapias Torrado, Ricardo; Delgado, Jorge Enrique. Programa de higiene oral para niños ciegos/ Oral hygiene program for blind children. [Univ. odontol](#); 17(35): 83-90, mar. 1998.



13. Quijano V., Claudia María; Otalvaro, Marcela; Muñoz G., Natalia. Estudio epidemiológico de la caries dental y situación de la higiene oral en los ciegos del I.N.C.I., elaboración de una cartilla educativa sobre salud oral, exclusiva para invidentes. [Rev Fed Odontol Colomb](#); 49(182): 100-5, jul.-oct. 1994.