



**Universidad del
Rosario**

**EDUCANDO CON AMOR
PROGRAMA PILOTO PARA ENFERMERAS Y CUIDADORES DE LA CASA DE
PROTECCION JOSÉ JOAQUÍN VARGAS EN SIBATE CUNDINAMARCA.**

**AUTORA:
INGRID JASBLEIDY CHAPETON CARDONA**

**DIRECTORA:
ANGELA MARIA PINZON**

**TUTORA:
ANA LUCIA CASALLAS MURILLO**

**TRABAJO PRESENTADO COMO REQUISITO DE GRADO PARA OPTAR POR
EL TITULO DE MAGISTER EN SALUD PUBLICA**

Educando
con **Amor**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA
SALUD DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA MAESTRIA EN SALUD PUBLICA.**

**BOGOTA – COLOMBIA
2024**

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este punto de mi vida, a mis padres que han sido un apoyo incondicional en toda mi existencia demostrándome por medio del ejemplo, que nada es fácil pero que con perseverancia y esfuerzo todo se puede, a mi compañero de vida que ha estado siempre batallando de mi mano sin soltarme siendo mi polo a tierra, a mis amigos que han sido mi refugio y voz de aliento cuando he querido desistir, a mi familia que ha estado a mi lado orientándome en este camino desde mi pregrado, a mi tutora y directora del programa que me enseñaron, me educaron y me tuvieron la paciencia para que este programa saliera adelante, al doctor Luis Mario Campusano por la orientación y el patrocinio del equipo y lo necesario para la brigada, a mis compañeros de maestría por este tiempo compartido a todos y cada uno de ellos infinitas gracias.

Se agradece también a la BENEFICIENCIA DE CUNDINAMARCA y a la casa de protección JOSÉ JOAQUÍN VARGAS, sus directivas y equipo profesional por permitirnos dejar hacer este programa para la educación en pro de la salud oral de las pacientes y se aclara que las necesidades y problemáticas que se investigaron de centros de protección no corresponden específicamente a esta ya que el propósito con la investigación es dar a conocer problemáticas que se evidencian a nivel de Suramérica y centro América poniendo como solución principal la promoción y prevención en la salud con base a una buena educación.



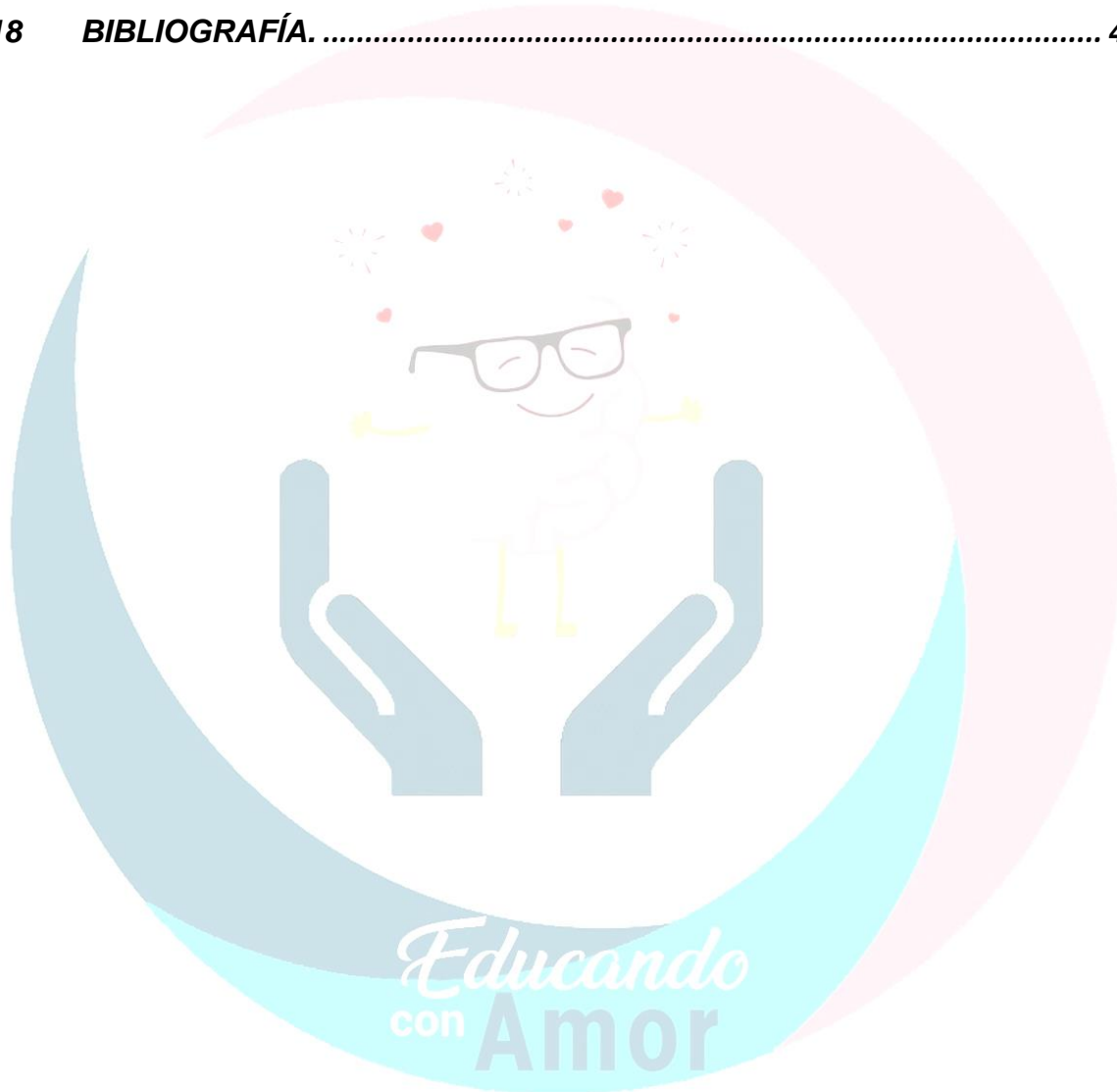
Educando
con Amor

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | CONTENIDO DEL PROGRAMA DE SALUD: | 7 |
| 1.1 | TITULO:..... | 7 |
| 1.2 | NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL PROGRAMA: | 7 |
| 1.3 | RESUMEN DEL PROGRAMA: | 7 |
| 1.4 | PALABRAS CLAVE: | 7 |
| 2 | INTRODUCCIÓN: | 8 |
| 3 | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: | 8 |
| 3.1 | LA FALTA DE CONOCIMINETO E IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL | 8 |
| 3.2 | EFECTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LA SALUD ORAL..... | 8 |
| 3.3 | LA FALTA DE ACCESO AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA | 9 |
| 3.4 | BAJA CALIDAD DE VIDA..... | 9 |
| 3.5 | EL RETRASO MENTAL:..... | 10 |
| 3.6 | LA ESQUIZOFRENIA | 10 |
| 3.7 | TRASTORNO BIPOLAR | 10 |
| 3.8 | SINDROME DE DOWN..... | 11 |
| 4 | POBLACION | 12 |
| 4.1 | SU HISTORIA..... | 12 |
| 4.2 | EN EL PRESENTE..... | 12 |
| 5 | EVALUACION DE NECESIDADES Y RECURSOS | 14 |
| 5.1 | PERCIBIDAS: | 14 |
| 5.2 | EXPRESADAS:..... | 14 |
| 5.3 | NORMATIVAS: | 14 |
| 5.4 | RELATIVAS: | 18 |
| 6 | JUSTIFICACION | 18 |
| 6.1 | NECESIDADES ESPECIFICAS DE LA POBLACION | 18 |
| 6.2 | IMPACTO EN LA SALUD EN GENERAL..... | 19 |
| 6.3 | MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA..... | 19 |
| 6.4 | EMPODERAMIENTO A LOS CUIDADORES..... | 20 |
| 7 | TEORIA DEL CAMBIO | 20 |
| 7.1 | TEORIA CAUSAL:..... | 20 |
| 7.2 | TEORIA DE INTERVENCION: | 20 |
| 8 | PLANEACION: | 21 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 8.1 | FASE 1 - INICIAL..... | 22 |
| 8.2 | FASE 2 – EDUCATIVA..... | 22 |
| 8.3 | FASE 3 – DE INTERVENCION | 22 |
| 8.4 | FASE 4 – VERIFICACION..... | 22 |
| 9 | MARCO LOGICO:..... | 22 |
| 9.1 | OBJETIVO GENERAL: | 22 |
| 9.2 | OBJETIVOS ESPECIFICOS: | 23 |
| 9.3 | RESULTADOS A CORTO MEDIANO Y LARGO PLAZO | 23 |
| 9.4 | ANALISIS DE INVOLUCRADOS:..... | 24 |
| 9.5 | ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS..... | 25 |
| 9.6 | RESUMEN NARRATIVO, INDICADORES, MEDIOS DE VERIFICACIÓN Y SUPUESTOS..... | 26 |
| 10 | IMPLANTACION:..... | 27 |
| 11 | IMPLICACIONES ETICAS:..... | 27 |
| 11.1 | CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD: | 27 |
| 11.2 | CONSENTIMIENTO INFORMADO: | 27 |
| 11.3 | AUTONOMÍA DEL PACIENTE: | 27 |
| 11.4 | NO MALEFICENCIA:..... | 27 |
| 11.5 | JUSTICIA: | 27 |
| 11.6 | RESPETO A LA DIGNIDAD:..... | 27 |
| 11.7 | SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: | 28 |
| 11.8 | CULTURALMENTE SENSIBLE:..... | 28 |
| 12 | PLAN DE EVALUACION | 28 |
| 12.1 | INDICADORES: | 28 |
| 12.2 | METAS: | 28 |
| 13 | DESARROLLO | 29 |
| 13.1 | FASE 1 – INICIAL..... | 29 |
| 13.2 | FASE 2 – EDUCATIVA Y DE INTERVENCIÓN DESARROLLO..... | 29 |
| 13.3 | FASE 3 – VERIFICACION..... | 30 |
| 14 | RESULTADO DE LA IMPLEMENTACIÓN:..... | 31 |
| 15 | CONCLUSIONES:..... | 31 |
| 16 | RECOMENDACIONES: | 32 |
| 17 | ANEXOS: | 33 |

| | | |
|------|---|----|
| 17.1 | ANEXO 1 ENCUESTA..... | 33 |
| 17.2 | ANEXO FOLLETO EDUCATIVO | 36 |
| 17.3 | ANEXO 3 PROTOCOLO DE CEPILLADO DE DIENTES | 37 |
| 17.4 | ANEXO 4: MATERIAL FOTOGRÁFICO / FASE 1..... | 38 |
| 17.5 | ANEXO 5 MATERIAL FOTOGRÁFICO / FASE 2 | 39 |
| 17.6 | ANEXO 6: MATERIAL FOTOGRÁFICO / FASE 3..... | 43 |
| 18 | BIBLIOGRAFÍA. | 47 |



OBJETIVO:

Crear un programa piloto para apoyar, orientar y educar en salud oral a cuidadores de personas con limitaciones cognitivas y mentales y pacientes más funcionales que utilizan los servicios de la casa de protección JOSÉ JOAQUÍN VARGAS de la Beneficencia de Cundinamarca.



ALCANCE:

Este programa piloto fue creado con el propósito de orientar y educar en la prevención de enfermedades orales al personal cuidador de la población con limitaciones cognitivas y mentales que utilizan los servicios de la casa de protección JOSÉ JUAQUÍN VARGAS. Se basa en el principio de que cada uno de nosotros, independientemente de sus limitaciones, es un ser humano que sienten y merecen todo nuestro respeto y cooperación para su cuidado e higiene personal.

DEFINICION DEL PROGRAMA:

La realización de este programa piloto se basó en: 1) un conjunto de actividades educativas para promover el cuidado adecuado de la salud oral y 2) un examen clínico para diagnosticar el estado de salud oral de cada paciente para redireccionar a un servicio de odontología integral para la atención oportuna de quien lo requiera, siempre con un acompañamiento cercano.

Educando
con **Amor**

1 CONTENIDO DEL PROGRAMA DE SALUD:

1.1 TITULO:

Educando con amor, programa piloto para enfermeras y cuidadores de la casa de protección JOSÉ JOAQUÍN VARGAS en Sibaté Cundinamarca.

1.2 NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL PROGRAMA:

Ingrid Jasbleidy Chapetón Cardona

1.3 RESUMEN DEL PROGRAMA:

El proyecto se basó en la creación de un programa de pasantía laboral para la educación en higiene oral a cuidadores de pacientes con limitaciones cognitivas y mentales de una casa de protección a mujeres llamada CENTRO FEMENINO ESPECIAL JOSÉ JUAQUIN VARGAS, este tuvo como objetivo principal capacitar a los cuidadores para que puedan proporcionar una atención dental efectiva y compasiva, mejorando así la salud oral y el bienestar general de los pacientes a su cargo.

Educando
con **Amor**

1.4 PALABRAS CLAVE:

Anatomía, ciencia y salud, organismos, enfermedades, salud pública, empatía.

2 INTRODUCCIÓN:

La higiene oral es un aspecto fundamental para el bienestar general de las personas, que a menudo se ha descuidado por desconocimiento de su importancia, especialmente en pacientes con enfermedades mentales. Los cuidadores de estos pacientes juegan un papel vital en garantizar que reciban el cuidado oral adecuado. Es por eso que veo la necesidad de crear un programa de educación en higiene oral diseñado específicamente para cuidadores de pacientes con limitaciones cognitivas y mentales.

Este programa tiene como objetivo proporcionar a los cuidadores las herramientas y conocimientos necesarios para promover y mantener una óptima salud oral en aquellos a quienes cuidan. A través de una combinación de información práctica y consejos especializados, nuestros participantes aprenderán sobre las patologías orales más comunes en pacientes con limitaciones cognitivas y mentales, técnicas de higiene oral adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente, y la importancia de la prevención y detección temprana de problemas dentales.

El compromiso es empoderar a los cuidadores para que se conviertan en protectores prácticos de la salud oral de sus pacientes, promoviendo así una mejor calidad de vida y bienestar general.

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

3.1 LA FALTA DE CONOCIMINETO E IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL

Muchos cuidadores están pasando por alto la importancia de la higiene oral y por falta de conocimiento en las afectaciones de esta en la salud en general y de una buena técnica de higiene están descuidando una parte fundamental al cuidado de los pacientes con enfermedades mentales que están en casas de protecciones u/o hospitales psiquiátricos.

3.2 EFECTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LA SALUD ORAL

Cualquiera que sea la enfermedad mental que afecte al paciente este siempre tiene como efecto secundario un daño en la salud oral puesto que algunos tratamientos con medicinas afectan el estado natural de la salud oral, la falta de motricidad aumenta la caries y enfermedades periodontales, la baja calidad de la alimentación y adicional a eso los pacientes que se auto lesionan causan perdidas dentales, laceraciones en boca y cortes en la encía y lengua.

3.3 LA FALTA DE ACCESO AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA

Los pacientes con enfermedades mentales pueden tener barreras de acceso a servicios de odontología, entre otros, por su discapacidad, por la falta de transporte cuando les den las citas asignadas, puesto que pueden estar ocupando el vehículo en otras citas con especialistas y por la falta de agenda disponible y el compromiso de odontólogos e higienistas ya que no a muchos les gusta atender a esta población o les da miedo.

3.4 BAJA CALIDAD DE VIDA

Esta población padece desigualdad y un olvido escalofriante con respecto a todo, una desventaja social considerable, menos acceso a una buena alimentación debido a sus enfermedades y condiciones físicas puesto que ahí pacientes que no pueden masticar bien o tienen ausencias dentarias.

Las personas con discapacidades especiales presentan condiciones médico-psiquiátricas de desarrollo o cognitivo, que condicionan su competencia para realizar su vida cotidiana y por lo consiguiente requiere de una atención en salud integral y oportuna, multidisciplinaria, que tenga en cuenta su entorno, su familia y los diferentes sectores de la sociedad. Se considera que a nivel mundial la mayoría de la población con discapacidades no recibe atención en salud oral acorde a sus requerimientos(1).

En las investigaciones realizadas hasta ahora en todo el mundo, se evidencia un cuantioso incremento de personas discapacitadas que supera a más de 500 millones. Y para hablar de esta población ahí que comprender las diferentes enfermedades, discapacidades y condiciones mentales y físicas(1).

En el ámbito de las enfermedades mentales y discapacidades encontramos numerosos padecimientos la principal que afecta la salud de las personas que padecen alguna afectación es la parálisis cerebral actualmente se considera el término “enfermedad motriz” debido a una disfunción motora por una lesión encefálica no progresiva que incide en el sistema nervioso central inmaduro, en la parálisis cerebral también se puede ver afectado el sentido de la visión, la audición, alteraciones en el habla, la percepción y adicional a eso un retraso mental o epilepsia(2).

3.5 EL RETRASO MENTAL:

“Se puede definir como una deficiencia de inteligencia teórica, que es congénita o adquirida en los primeros años de vida”(3).

El retraso mental ha sido clasificado por la Asociación Americana de Deficiencia Mental (AAMD) en tres categorías conforme con su coeficiente así:

- Leve si su puntuación de coeficiente intelectual es de 50 – 55 aproximadamente.
- Moderada si su puntuación es de 35 – 40 a 50.
- Grave cuando su coeficiente es por debajo de 20 – 25(3).

3.6 LA ESQUIZOFRENIA

Es una enfermedad crónica severa e incapacitante, se caracteriza por la alteración de las ideas, alucinaciones, conducta motora involuntaria, adicional a eso un comportamiento negativo. En un estudio realizado en pacientes con esta patología arrojó que el 61% que esta población tiene deficiente higiene bucal, que incluyen xerostomía, pérdida dental y caries avanzadas. Es importante resaltar que otra patología que afecta notablemente a estos pacientes son las enfermedades periodontales que se relacionan con aterosclerosis subclínica, lo que predispone al desarrollo de enfermedades cardíacas(4).

“Algunos estudios han vinculado la higiene bucal con el tipo de antipsicótico administrado a los pacientes. El uso de antipsicóticos típicos está más relacionados con síntomas extrapiramidales (como temblores) que interfieren en el correcto cepillado de los dientes. Se ha demostrado que los síntomas negativos son los más relacionados con la escasa higiene oral.”(4).

3.7 TRASTORNO BIPOLAR

Esta enfermedad se caracteriza por cambios de humor que varían desde la manía a la depresión y el cambio puede ocurrir de manera drástica y repentina. “durante la fase de manía la persona presenta verbosidad, hiperactividad y se puede demostrar desinhibida” 4. En cambio, en la fase de depresión se caracteriza por pérdida de energía, falta de concentración, disminución de la libido y los sentimientos de tristeza y desesperanza. Estos pacientes también presentan un riesgo de desarrollar caries, padecer xerostomía, presentar anomalía en la percepción de sabores y bruxismo. Es importante tener en cuenta las interacciones que pueden tener los medicamentos administrados en estos pacientes(4)

3.8 SINDROME DE DOWN

Es una alteración cromosómica, la presencia de 3 cromosomas 21, en vez de un par que es lo normal, esta es la enfermedad genética más común de la especie humana, el individuo que lo padece lo caracteriza por ser único y diferente, sus alegrías y gustos son especiales, los mismo de su desarrollo físico y mental. Las características conductuales de estos pacientes incluyen espontaneidad, calidez, paciencia una disposición amigable y casi siempre bondadosa(5).

Estos pacientes presentan unas manifestaciones orales frecuentes como: pigmentaciones, gingivitis crónica generalizada, cálculos enfermedad periodontal severa, perdida ósea y perdida dental prematura, aumento en su incidencia y su severidad por el difícil acceso a los servicios odontológicos para este grupo de personas(5).

En general el estado oral de los pacientes con discapacidades con peculiaridad se evidencia una mala higiene oral por lo que es notable el gran acumulo de placa bacteriana blanda y calcificada que es producto de alimentos retenidos en los dientes(1)

Se ha demostrado también que la caries es una enfermedad de alta prevalencia en esta población ya que está ligado con la severidad de la discapacidad, puesto que se observa que los pacientes que tienen una discapacidad más leve su condición en su salud oral es mejor que la de un paciente con discapacidad severa(1).

En una encuesta realizada a los cuidadores de la casa de protección se evidencio el desconocimiento total en la buena salud oral y la falta de conocimiento en las enfermedades que este descuido implica en pacientes que están bajo su cuidado, el no saber un adecuado cepillado hacia el paciente, claramente esto no es intencional pues mencionan que muchas veces son muchos los pacientes para pocos cuidadores.

Este proyecto se realizó ya que en mi practica personal en las consultas de odontología para esta población, se ha verificado que los pacientes llegan con muy mala higiene oral y un déficit de la salud oral, la gran mayoría con alto índice de perdidas dentales debido a varias patologías orales como la caries, gingivitis, periodontitis, abscesos periapicales con o sin fistula, entre otros la idea principal es llegar a donde radica este problema y es en cómo estamos manejando la higiene oral en esta población cuando están en sus instalaciones donde viven y que recursos tienen para poner en prácticas estas medidas de higiene, puesto que en la mayoría de estos sitios no cuentan con servicios de odontología y cuando son hogares del estado los pacientes son cuantiosos.

4 POBLACION

4.1 SU HISTORIA

El 15 de agosto de 1.869, el Estado Soberano de Cundinamarca, decreta por Ley la creación de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca; como administradora de los Centros de caridad existentes en la época. Cada Institución contaba con un Síndico y las rentas por recaudo eran administradas por estos, bajo los parámetros fijados por la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca como Establecimiento Público Departamental. Actualmente en virtud de lo establecido en el decreto 28 del 28 de febrero de 2005, es la entidad departamental encargada de brindar protección social y mejorar la calidad de la vida de sus usuarios(6).

La congregación de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen, venían prestando atención y cuidado a personas pobres, la atención a personas con discapacidad cognitiva y mental inicia en el Asilo de la beneficencia de Cundinamarca; a partir de 1901 se formaliza el contrato para brindar atención de “mendigos” y luego servir a personas con discapacidad este servicio se denominó en 1970 “Casa de Reposo La Quinta”.

En 1982 el servicio se traslada al municipio de Sibaté a las instalaciones actuales adopta el nombre Refugio José Joaquín Vargas. En 1996 cambió el nombre de refugio por el actual: Centro Femenino Especial José Joaquín Vargas(6).

4.2 EN EL PRESENTE

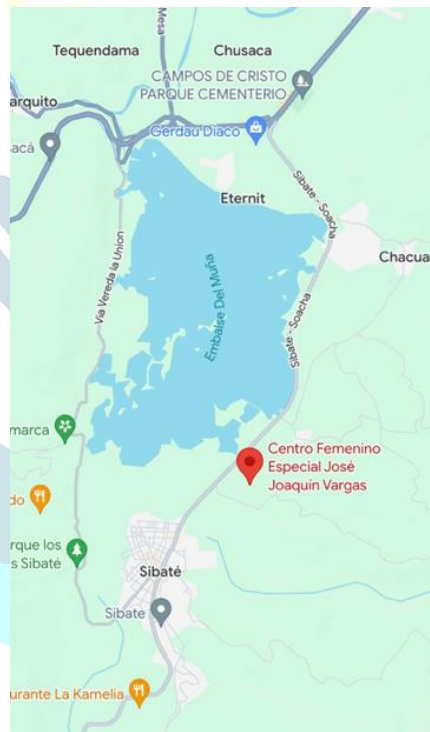
A la fecha este casa de protección se encuentra aún ubicado en el kilómetro 25 vía Sibaté del Departamento de Cundinamarca, aproximadamente se encuentran 236 pacientes de sexo femenino, desde el ciclo de vida juventud de los 18 hasta los 28 y adultez de los 29 hasta los 59 y adulto mayor son pacientes con limitaciones cognitivas como autismo, síndrome de Down, alzhéimer, retrasos mentales desde graves, moderados y severos, enfermedades mentales como trastorno bipolar, afectivo, esquizofrenia, epilepsia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la personalidad, entre otros y adicional a eso ahí pacientes que tras de tener su enfermedad de base tienen condiciones físicas que los limitan aún más como parálisis cerebral, ceguera o sin alguna extremidad que le imposibilita llevar una vida normal, algunos tienen uno que otro familiar que si no lo visita llama para saber de su condición actual, otros reciben visitas permanentes de familiares los días domingo para las visitas y otros casos especiales que padecen desatención total de sus familias.

En esta casa de protección cuentan con servicios como nutrición, trabajo social, fonoaudiología, enfermería, medicina, psiquiatría, fisioterapia, terapia de lenguaje, psicología, talleres, odontología no ya que no está aprobado por

beneficencia pues precisa de requisitos de espacio y habilitación para este servicio(6).

Estas pacientes mencionadas anteriormente son asistidas por cuidadores que su nivel de formación son técnico en auxiliar en enfermería el 90% son mujeres y el 10% restante hombres el promedio de edad de aquellas mujeres que laboran en esta casa de protección son entre los 23 y 37 años aunque hay un grupo pequeño de auxiliares que pasan la edad de los 40 pero llevan más de 10 años trabajando para esta casa de protección y/u otra que esta justo al lado que es para hombres llamada LA COLONIA con las mismas condiciones, la mayoría de las mujeres tienen hogares compuesto por más de dos hijos y con un promedio del 40% de ellas son madres cabeza de familia. Trabajan en 2 turnos diurno y nocturno cada uno de 12 horas y descansan las siguientes 12 horas en cada turno asisten 25 auxiliares donde se dividen por servicios que determinan la edad, la funcionalidad y el tipo de discapacidad de las pacientes.

El 10% que son hombres son más reservados pero su edad no supera los 25 son técnicos en auxiliares y comparten las mismas labores que las mujeres junto con los mismos turnos.



Fuente: Google Maps

5 EVALUACION DE NECESIDADES Y RECURSOS

En lo personal esta población tan vulnerable requiere primeramente educación a los cuidadores enfermeras y auxiliares respecto al cuidado de la higiene oral ya que es vital para el buen funcionamiento de otros sistemas puesto que por la boca ingresa todo a nuestro cuerpo medicamentos, alimentos, bebidas entre otros, no cuentan con área odontología porque no está aprobado por espacio y habilitación, pero esta casa de protección JOSÉ JOAQUÍN VARGAS cuenta con otros servicios ya mencionados.

5.1 PERCIBIDAS:

Según lo manifestado por las cuidadoras de esta casa de protección dentro de las necesidades que ellas más evidencian se encuentran:

- El acumulo de residuos alimenticios por el mal cepillado
- La falta de cooperación de las pacientes a la apertura para realizar la higiene.
- La falta conocimiento en la importancia de la salud oral en los pacientes y como realizarla.
- Desagrado al higienizar por halitosis u otras enfermedades que generan mal olor en la boca.
- La falta de habito de las pacientes debido a su déficit cognitivo o de su condición mental.

5.2 EXPRESADAS:

- El alto índice de enfermedades periodontales y caries dental que padecen los pacientes(7).
- Los medicamentos que se les suministran para sus enfermedades
- El traslado de los pacientes a otras casas de protección o a sus familias ya que pierden la adherencia del tratamiento (13).

5.3 NORMATIVAS:

Según el congreso de la república Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

LEY 1616 DE 2013

ARTÍCULO 1o. OBJETO. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental(14)

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital(14).

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL.

ARTÍCULO 6o. DERECHOS DE LAS PERSONAS. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. 2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social. ENTRE OTROS(14).

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

ARTÍCULO 7o. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas

acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales(14).

Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos(14).

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA. EN SALUD MENTAL.

CAPÍTULO I.



ARTÍCULO 10. RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL. El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente(14).

Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos, así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años. Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias(14).



ARTÍCULO 11. ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL. La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa.

Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental(14).

TÍTULO VI.

PARTICIPACIÓN SOCIAL.



ARTÍCULO 27. GARANTÍA DE PARTICIPACIÓN. En el marco de la Constitución Política, la ley y la Política Pública Nacional de Participación Social el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación, evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental(14).



ARTÍCULO 28. ASOCIACIONES DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES, SUS FAMILIAS O CUIDADORES. Sin perjuicio del ejercicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política, las asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la presente ley(14).

El Ministerio de la Protección Social expedirá los lineamientos técnicos para el cumplimiento de lo ordenado en este artículo, en un término no superior a ocho (8) meses a partir de la vigencia de la ley(14).

CRITERIOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL.



ARTÍCULO 31. POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL. El Ministerio de Salud y Protección Social tiene dieciséis (16) meses a partir de la fecha de expedición de la presente ley para ajustar y expedir mediante acto administrativo la Política Nacional de Salud Mental acorde con los cambios normativos y el perfil epidemiológico actual del país.

Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decenal para la Salud Pública. El primer plan corresponderá a las acciones consignadas en el primer Plan Decenal para la Salud Pública(14).



ARTÍCULO 32. OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD. Sin perjuicio de lo preceptuado en los artículos 80 y 90 de la Ley 1438 de 2011, el I Observatorio

Nacional de Salud Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas y específicamente en esta área deberá:

1. Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas.
2. Generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
3. Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país.
4. Generar una plataforma tecnológica para la formación continua del talento humano en salud mental, el registro de indicadores y cifras en tiempo real, entre otras aplicaciones(14).

5.4 RELATIVAS:

- Darle más visibilidad y participación a esta población a nivel nacional a través de la participación de eventos y actividades lúdicas recreacionales y deportivas al igual que otro tipo de población con enfermedades o limitaciones.
- Mejorar recursos para la investigación a estas enfermedades, Apoyo total del estado económicamente para el sostenimiento de esta población para evitar que la familia por miedo al no pagar los abandone.
- Tener servicio de odontología dentro de estos centros de protección idónea y oportuna.

6 JUSTIFICACION

6.1 NECESIDADES ESPECIFICAS DE LA POBLACION

- Debido a la discapacidad de esta población y el deterioro de su motricidad que conllevan estas enfermedades, los pacientes no pueden cepillarse los dientes por sus propios medios ni considerar a conciencia si lo están haciendo bien e ignoran la importancia de hacerlo, por lo consiguiente son más propensos a padecer caries, enfermedades periodontales que la población en común(15).

- Otro factor negativo es el tratamiento con medicamentos para las enfermedades mentales, como por ejemplo la carga anticolinérgica de la medicación empleada para el tratamiento de la esquizofrenia, debido a las alteraciones que produce en el flujo salivar, en este caso puede ser xerostomía sensación de boca seca o sialorrea producción excesiva de saliva, lo que hace alterar el pH de la boca e impide una adecuada masticación y deglución(15).
- Los pacientes con limitaciones cognitivas y mentales por su condición, su apariencia física, su vestimenta, el estado de sus dientes son estigmatizados, rechazados y apartados de la sociedad no siempre recibiendo un trato digno(15).

6.2 IMPACTO EN LA SALUD EN GENERAL

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria que afecta los tejidos del soporte del diente. Estudios recientes demuestran que las personas que padecen esta enfermedad como lo son los pacientes con enfermedades mentales son más propensos a desencadenar:

- Enfermedades cardiovasculares como: endocarditis bacteriana, infarto del miocardio, cardiopatía isquémica, trombosis, insuficiencia coronaria, venas varicosas y puede producir accidente cerebro vascular. Todo lo anterior por las bacterias que produce la periodontitis que entran a la circulación sanguínea que se adhiere a una zona dañada o receptiva.
- La inflamación crónica con la resistencia insulínica, lo que inicia presentación clínica de diabetes mellitus tipo II.
- Enfermedades respiratorias como: neumonía bacteriana, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y abscesos pulmonares.
- Úlceras gástricas ocasionada por una posible bacteria H. pylori
- Alteraciones digestivas por la mala masticación debido a la pérdida prematura de dientes por enfermedades periodontales(16).

6.3 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA

La idea principal con este programa es mejorar de alguna manera la calidad de vida de los pacientes que padecen estas limitaciones cognitivas y

mentales que habitan en estas casas de protección educando a sus cuidadores para evitar dolores dentales, úlceras en boca, pérdidas dentales todo esto para evitar que se afecte negativamente la salud en general de ellos puesto que interviene su estado de emocional y psicológico.

6.4 EMPODERAMIENTO A LOS CUIDADORES

Si se realiza un buen trabajo de educación en salud oral e higiene a los cuidadores para con sus pacientes dándoles las herramientas necesarias para desempeñar un papel de bienestar, proporcionándoles confianza para que ofrezcan cuidados de calidad.

7 TEORIA DEL CAMBIO

7.1 TEORIA CAUSAL:

De acuerdo con la literatura, los pacientes hospitalizados con trastornos mentales (TM), tienen mayor riesgo a desarrollar caries y enfermedad periodontal que la población general, asociado a la dificultad motora para hacerse una adecuada higiene oral, a los efectos adversos que ocasionan los medicamentos para el control de los síntomas psiquiátricos y a la falta de cuidado oral y atención clínica(7).

7.2 TEORIA DE INTERVENCION:

Principalmente con educación es que se pretende llegar a mejorar la salud oral en estos pacientes brindando conocimiento a enfermeras, cuidadores y pacientes más funcionales. La educación para la conservación de la salud bucal es una función social, contribuye a la conservación del grupo humano haciendo que la persona cuide y valore su salud mediante la asimilación, interiorización y práctica de comportamientos saludables.

Todas las teorías y modelos de educación para la conservación de la salud bucal son importantes. Podemos combinarlos para llegar de mejor manera a nuestra población objetivo y lograr el fin deseado. La educación para conservar la salud bucal en países en desarrollo como el nuestro es fundamental por la alta incidencia de enfermedades en la cavidad bucal, entre las que resalta la caries dental y la enfermedad periodontal. Su objetivo debe ser disminuir los factores de riesgo de tipo conductual(7).

Al aplicar este plan piloto se busca controlar un poco las enfermedades orales, caries y pérdidas dentales en esta población con actividades que impacten y concienticen la importancia del cuidado oral en uno mismo y en los demás y más

en estas personas que dependen de ellos casi que en todo, pero que lo más importante lo hagan con agrado con amor.

8 PLANEACION:

El programa se desarrolló de la siguiente manera:

| | JUNIO | | JULIO |
|--|--|--|--|
| | DIA 20 | DIA 21 | DIA 13 |
| A C T I V I D A D E S | Se hace recopilación de datos de las pacientes a intervenir ese día, se hace la educación a las auxiliares y enfermeras de turno, se hace brigada de higiene oral con las pacientes más funcionales y las que se pueden trasladar y se hace entrega de los kids y protocolo para el buen cepillado de los dientes. | Se hace recopilación de datos de las pacientes a intervenir ese día, se hace la educación a las auxiliares y enfermeras de turno, se hace brigada de higiene oral con las pacientes más funcionales y las que se pueden trasladar y se hace entrega de los kids y protocolo para el buen cepillado de los dientes. | Visita de verificación para observar resultados de la actividad y adherencia a las buenas prácticas de higiene oral. |

8.1 FASE 1 - INICIAL

Se procede a la recopilación de datos de las pacientes que están en este establecimiento y sus diagnósticos, realizando un sondeo de su estado en salud oral a cada una, esto con el fin de tener un Kardex o base de datos de las participantes para intervenir en programa y como profesional indicar un diagnóstico y tratamiento adecuado en salud oral, adicional a eso se realizó una base de datos también de los cuidadores de los pacientes que van a hacer educados.

Se realizó una encuesta escrita a los cuidadores para saber su conocimiento del cuidado y la importancia de la salud oral y de ahí poder identificar el nivel desde donde se va a hacer la educación.

8.2 FASE 2 – EDUCATIVA

Se diseñará material de apoyo entre ellos diapositivas para la presentación, folletos, guías de buen cepillado, para realizar la educación a los cuidadoras y pacientes más funcionales.

Se iniciarán las capacitaciones y se entregara material educativo a los cuidadores y a la casa de protección como tal para poner en baños y duchas la guía del buen cepillado para tenerlo a la vista a la hora de hacer la práctica.

8.3 FASE 3 – DE INTERVENCION

Se realizará dos brigadas de higiene oral y entrega de cepillos y cremas dentales para las pacientes a ser intervenidas por profesionales en unidades portátiles para no trasladar a las pacientes otras instalaciones.

8.4 FASE 4 – VERIFICACION

Para comprobar la efectividad del programa se realizará una visita a la casa de protección para verificar que se haga el buen uso de elementos de aseo entregados y se siga los protocolos de autocuidado.

9 MARCO LOGICO:

Educando
con **Amor**

9.1 OBJETIVO GENERAL:

Crear un programa piloto para apoyar, orientar y educar en salud oral a cuidadores de personas con limitaciones cognitivas y mentales y pacientes más funcionales que utilizan los servicios de la casa de protección JOSÉ JOAQUÍN VARGAS de la Beneficencia de Cundinamarca.

9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer el estado de salud oral de la población que está en estas casas de protecciones
2. Educar y concientizar a los cuidadores de las pacientes por medio de capacitaciones
3. Promover buenos hábitos de salud oral junto con la enseñanza del buen cepillado
4. Alegrar a esta población mediante la importancia del buen uso del tiempo libre para los pacientes más funcionales.

9.3 RESULTADOS A CORTO MEDIANO Y LARGO PLAZO

| RESULTADOS | | |
|---|---|---|
| CORTO | MEDIANO | LARGO PLAZO |
| Crear un programa de pasantía para la promoción de la salud oral educando a los cuidadores de pacientes con limitaciones cognitivas y mentales. | Poner en práctica el programa en una casa de protección de pacientes mujeres donde se desarrolle de manera didáctica la educación a los cuidadores motivándolos desde lo social, el amor por el prójimo y por su profesión. | Medir cambios en comportamientos tanto en las enfermeras, cuidadores y pacientes más funcionales en pro del programa y debido a su resultado ponerlo en práctica en otras casas de protecciones que lo necesiten. |

Educando
con **Amor**

9.4 ANALISIS DE INVOLUCRADOS:

| GRUPOS INVOLUCRADOS | INTERESES | PROBLEMAS | RECURSOS | ESTRATEGIAS PARA INVOLUCRAR |
|---|---|---|--|--|
| PACIENTES CON LIMITACIONES COGNITIVAS Y MENTALES | <ol style="list-style-type: none"> 1.mantener una buena salud oral. 2.mejorar condición de vida desde el mejoramiento de las prácticas en higiene oral 3. evitar deterioro de autoestima y estado emocional 4. Preservar piezas dentales desde un pronóstico temprano | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdida de motricidad de los pacientes para un adecuado cepillado 2. Posible ingesta de medicamentos que aumenta las enfermedades periodontales 3. Una deglución de los alimentos no optima debida a la perdida dental | <ol style="list-style-type: none"> 1.Apoyo de la administración del centro de protección humano 2.Recurso humano 3.Instalaciones de la casa de protección 4. Grupo poblacional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Darle importancia a los pacientes más funcionales haciéndolos sentir útiles 2. Educar a los pacientes de manera acertada y entendible 3. Estimularlos con premios no monetarios como los kids de aseo u comida galletas, gelatinas. |
| PROFESIONALES DE LA SALUD Y/O CUIDADORES | <ol style="list-style-type: none"> 1. Educar a los profesionales que intervienen en el cuidado de los pacientes 2. sensibilizar la labor tan importante que cumplen. | <ol style="list-style-type: none"> 1. La falta de tiempo que tienen en los turnos para cepillado más veces al día 2. falta de interés de algunos profesionales 3. desconocimiento o de la importancia de la salud oral | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gran número de talento humano 2. Disposición de adquirir conocimientos | <ol style="list-style-type: none"> 1.Guias prácticas para el adecuado cepillado dental 2.Capacitaciones para los cuidadores de maneras didáctica 3. mostrar una problemática real en población vulnerable. 4.Concientizar la verdadera responsabilidad de los cuidadores de los pacientes. |

9.5 ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

Como la estrategia principal del programa es educativo con el apoyo de un grupo pequeño, pero integro de profesionales que intervienen en campañas de higiene oral, capacitaciones para cuidadores y enfermeras acompañados todo de material de apoyo aprobado para proporcionar un conocimiento fácil de interpretar y poner en práctica.

Donde todo aquel que se relacione con esta población sepa cómo es el adecuado estado de la salud oral y el cómo mantenerlo, como también signos y síntomas de enfermedades para ser prevenidas oportunamente.

| ESTRATEGIA | POBLACIÓN OBJETO |
|--|--|
| Realizar coaliciones con todos los centros de atención a nivel nacional de pacientes con discapacidad mental y física para aplicar el plan piloto de educación en salud oral | Casas de protecciones, sanatorios y centros de atención especial. |
| Capacitar adecuadamente al personal de la salud que interviene en el cuidado de estos pacientes | Cuidadores, enfermeros, auxiliares, médicos |
| Concientización a los administradores de estos centros de la importancia del personal necesario para el cuidado de esta población | Directivos y parte administrativa, talento humano, trabajo social |
| Intervención con los familiares para la importancia del apoyo y presencia en la vida en la vida de los pacientes y realizar una red de apoyo para los que no tienen o están abandonados. | Familiares de pacientes que están siendo intervenidos, trabajo social y psicólogos |

9.6 RESUMEN NARRATIVO, INDICADORES, MEDIOS DE VERIFICACIÓN Y SUPUESTOS

| NIVELES | RESUMEN NARRATIVO | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACION | SUPUESTOS |
|-------------|--|--|---|---|
| FIN | generar conciencia y conocimientos de la importancia del cuidado de la salud oral a cuidadores de pacientes con limitaciones cognitivas y mentales | llegar a la atención de al menos el 70% de las 300 pacientes que están en la casa de protección. | Listado de la asistencia de los cuidadores a todas las actividades | la efectividad del programa piloto será evaluada con 3 asistencias en diferentes turnos a la casa de protección |
| PROPOSITO | saber con claridad que tanto saben los cuidadores y respecto al cuidado de la salud oral. | <ul style="list-style-type: none"> Llegar a casi todos los colaboradores para ser encuestados, Definir con cuantas pacientes se va a poder hacer el programa | Recopilación de los datos de los cuidadores encuestados y definir la población exacta con la que se va a trabajar | Estimular la participación de cuidadores y enfermeras para que se involucren en las actividades |
| COMPONENTES | <ul style="list-style-type: none"> Programa piloto del cuidado de salud oral a pacientes con limitaciones cognitivas y mentales. Capacitaciones y material de apoyo para la educación a cuidadores | Actividades que se programaron, actividades que de verdad se llevaron a cabo | mediante el registro de asistencia a las capacitaciones y colaboración con las actividades | Que los resultados obtenidos del programa no sean lo esperado por falta de interés de los cuidadores |
| ACTIVIDADES | <ul style="list-style-type: none"> hacer capacitaciones a cuidadores brigadas de salud para las pacientes entrega de kits de higiene oral a las pacientes | Evaluar la efectividad de las actividades y el resultado que se obtuvo de las mismas | Firma de Planillas de asistencia de cuidadores que estén de turno Evidencia de programas realizados | Que no se pueda llegar a todas los cuidadores y enfermeras por los diferentes turnos que hacen |

10 IMPLANTACION:

1. Se realizará una recolección de datos de los pacientes que van a hacer parte del programa y su estado de salud.
2. Se diseñará material de apoyo para las educaciones.
3. Con se harán entrega de kits de higiene para las pacientes junto con brigadas de salud.
4. se harán visitas para la verificación de la efectividad del proyecto y seguimiento a las pacientes.

11 IMPLICACIONES ETICAS:

El desarrollo y la implementación de programas para pacientes con enfermedades mentales requieren una atención especial a consideraciones éticas para garantizar el bienestar y la dignidad de los pacientes. Aquí hay algunas consideraciones éticas importantes a tener en cuenta:

11.1 CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD:

Es fundamental proteger la privacidad y confidencialidad de la información médica y personal de los pacientes al igual que las imágenes presentadas que son solo de uso educativo.

11.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO:

dado por el coordinador de la casa de protección supervisado por trabajo social.

11.3 AUTONOMÍA DEL PACIENTE:

Se debe respetar la autonomía y la capacidad de toma de decisiones de los pacientes, siempre que sea posible.

11.4 NO MALEFICENCIA:

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad ética de no causar daño a los pacientes. Esto implica proporcionar tratamientos que sean beneficiosos y evitar prácticas que puedan causar daño físico, psicológico o emocional.

11.5 JUSTICIA:

Es importante garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud mental y en la distribución de recursos.

11.6 RESPETO A LA DIGNIDAD:

Todos los pacientes deben ser tratados con respeto y dignidad, independientemente de su diagnóstico o condición.

11.7 SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL:

Los profesionales de la salud mental deben recibir supervisión adecuada y asumir la responsabilidad de su práctica clínica.

11.8 CULTURALMENTE SENSIBLE:

Es fundamental reconocer y respetar las diferencias culturales y valores de los pacientes. Esto implica adaptar los programas y tratamientos para que sean culturalmente sensibles y respetar las creencias y prácticas culturales de los pacientes.

Al abordar estas consideraciones éticas de manera integral, los programas para pacientes con limitaciones cognitivas y mentales pueden proporcionar un entorno seguro y compasivo para la recuperación y el bienestar de los pacientes.

El programa piloto fue realizado bajo el conocimiento de la UNIVERSIDAD DEL ROSARIO y aprobado por la doctora ANGELA MARIA PINZON, con la autorización de LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA para hacer el ingreso a las instalaciones JOSE JUAQUIN VARGAS y bajo el acompañamiento del coordinador y trabajo social de la casa de protección.

12 PLAN DE EVALUACION

Este es un ensayo comunitario al que se apoyó a un grupo de pacientes con enfermedades mentales de una casa de protección este estudio es útil para evaluar el efecto de una intervención en salud oral en estos pacientes y se tuvieron en cuenta lo siguiente:

12.1 INDICADORES:

1. **Índice de Placa Dental:** Para evaluar la cantidad de placa dental presente antes y después del programa.
2. **Índice de Sangrado Gingival:** Para evaluar la salud de las encías antes y después del programa.
3. **Frecuencia de cepillado dental:** Medir la frecuencia con la que los cuidadores cepillan los dientes de los pacientes antes y después del programa.
4. **Índice de Caries Dental:** Para evaluar la prevalencia de caries dental antes y después del programa.
5. **Satisfacción de los cuidadores:** Medir la percepción y satisfacción de los cuidadores con respecto al programa de higiene oral.

12.2 METAS:

1. **Reducción de la Placa Dental:** Una reducción del 20% en el índice de placa dental.

2. **Mejora de la Salud Gingival:** Una reducción del 30% en el índice de sangrado gingival.
 3. **Aumento de la Frecuencia de Cepillado:** Un aumento del 50% en la frecuencia y calidad del cepillado dental.
 4. **Reducción de Caries Dental:** Una reducción del 15% en el índice de caries dental.
 5. **Alta Satisfacción del cuidador:** Al menos el 70% de los cuidadores informan estar satisfechos con el programa.
- Se hará un análisis de comparación al terminar el programa para determinar el estado inicial de la salud oral de las pacientes antes del programa y después de este con el fin de determinar si fue eficiente o no.

13 DESARROLLO

El programa piloto se llevó a cabo de la siguiente manera:

13.1 FASE 1 – INICIAL

Con el permiso de la beneficencia de Cundinamarca, de la representante legal YASMIN CAROLINA PULIDO MORENO y el acompañamiento del coordinador de programas ANDRES PARADA HERNANDEZ de la casa de protección JOSE JOAQUIN VARGAS se inició el programa con la identificación de las pacientes a ser intervenidas, creando una base de datos personal y haciendo un reconocimiento de las instalaciones donde se llevará a cabo el plan piloto.
Ver Anexo 4.

13.2 FASE 2 – EDUCATIVA Y DE INTERVENCIÓN DESARROLLO

Con la colaboración de una higienista nos instalamos en un consultorio médico suministrado por el coordinador trasladando una unidad portátil, compresor, insumos odontológicos, instrumental y equipo complementario para la brigada. Como en la casa de protección, los pacientes se dividen en 4 servicios llamados San José, Santa Ana, Sagrado corazón y San Luis, donde están los más funcionales en un grupo, las otras por discapacidad y, por último, un grupo de adulto mayor, los grupos ya formados hicieron el programa.

Por cada turno de 12 horas en la casa de protección hay 25 auxiliares de enfermería, un porcentaje de ellas se desplazaron hasta donde estábamos nosotras con los pacientes disponibles, ya que algunas estaban en talleres, otras en citas médicas, hospitalizadas y otras a las que pertenecen a las más funcionales hacían jardinería y entrega de alimentos vigiladas.

A las auxiliares se les realizó la encuesta con 12 preguntas básicas para determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre los cuidados orales en las pacientes, con

base a los resultados de la encuesta en ese momento socializamos los resultados de inmediato concluimos que no me equivoque al hacer la educación enfocada en el uso de los implementos para el cepillado, las enfermedades más características en esta población que está bajo su cuidado y los signos y síntomas que ayudan a un tratamiento oportuno. Adicional a lo anterior se educaron para el cuidado de pacientes desdentados totales, se explicó el protocolo del buen cepillado a las pacientes con la modalidad “*decir mostrar y hacer*”. Se les entrego folleto para recordar la información y se hizo entrega de los kits de higiene (cepillo y crema dental) de las pacientes que estaban bajo su cuidado.

Al final de la jornada se visitaron a las otras auxiliares en los servicios para educarlas también desde su sitio de trabajo, ya que no se puede dejar a las pacientes solas y aprovechando la visita hasta los espacios donde habitan las pacientes pegamos en los baños donde las higienizan las calcomanías contentivas con los protocolos del buen cepillado.

Las pacientes fueron traídas por las auxiliares al sitio donde nos habíamos instalado con todas las medidas de bioseguridad (gorro, tapabocas, bata, guantes) y con instrumental básicos debidamente estériles y bolsas de acuerdo con los desechos. Se les realizó:

1. Examen clínico con anamnesis, estomatológico y odontograma
2. Índice de caries
3. Control de placa con índice de O’Leary
4. Índice de sangrado gingival
5. Profilaxis con ayuda de micromotor y crema profiláctica.

En total, la odontóloga intervino 76 pacientes con ayuda de la higienista, se habría querido atender más pacientes, pero por su condición de aislamiento, el tiempo de atención es más largo y el tiempo no alcanza debido a las otras actividades que había que realizar.

En cuanto a las educaciones a las auxiliares hubiera sido más fácil hacer la capacitación todas juntas en el mismo lugar y momento, pero como lo dije anteriormente, las pacientes que no venían hacer atendidas y se quedaban en sus servicios no podían estar solas tienen que estar en acompañamiento permanente y pues el turno de la noche era muy difícil ser intervenido debido a su horario.

Ver Anexo 1 – 5

13.3 FASE 3 – VERIFICACION

A los 20 días de llevarse a cabo el programa se realizó visita de verificación del plan piloto a la casa de protección haciendo entrevista a las auxiliares de enfermería de acuerdo a lo aprendido del programa, lo que están poniendo en práctica de él, de cómo ven ahora el estado de salud oral de sus pacientes y si después de eso tenían

alguna duda de más, se revisaron algunas pacientes al azar para mirar índice de placa e índice de sangrado gingival y se visitaron los baños para revisar si aun tenían los protocolos del buen cepillado.

Ver Anexo 6

14 RESULTADO DE LA IMPLEMENTACIÓN:

El primer resultado que se evidencio y que para mí fue el más importante es el agradecimiento de algunas de las pacientes que sin importar su condición mental estaban felices y entusiasmadas de tenernos en su casa de protección haciendo la intervención en pro de su salud oral, su curiosidad y ansiedad por ser revisadas hacía que fuera mucho más reconfortante, divertido y fácil atenderlas.

Se evidencio la adaptación del programa por parte de las auxiliares, del buen manejo de los utensilios de higiene oral que son puestos en cepilleros, en vasos individuales por cada paciente, manifiestan que no se han podido cepillar más de dos veces al día por el tiempo y por el cambio de turno, pero es evidente al hacer revisión a las pacientes que la higiene ha mejorado en un 60% guiándose por los protocolos del buen cepillado. Auxiliares refieren que han reconocido más las enfermedades en las pacientes y que han determinado priorizar las consultas odontológicas para quienes más lo necesitan.

Indican en las entrevistas que la verdad despejaron muchas dudas respecto a todos los temas odontológicos puesto que no habían tenido una inducción de esto para las pacientes en ningún momento de su formación como técnicas que todo había sido más clínico y de cuidado en general.

Las educaciones fueron más hacia mujeres en un 90% ya que casi todas las cuidadoras son mujeres y un 10% son hombres cuidadores y profesionales que las atienden en otros servicios.

15 CONCLUSIONES:

Es primordial capacitar a los técnicos y profesionales que van hacer cuidadores de pacientes que desde sus carreras les instruyan lo básico y primordial al manejo y cuidado de la salud oral, puesto que es evidente que es uno de los temas menos tratados de los programas de educación que no tienen que ver con odontología, siendo lo anterior difícil pero no imposible es importante educar en todas las casas de protección no solo para pacientes con estas limitaciones cognitivas y mentales si no en todas las casas de protección de niños y adultos, puesto que la caries es un problema de salud pública que trae consigo más enfermedades y ahí que ser tratadas en todas las edades y ojala fuera de forma oportuna evitando siempre los factores de riesgo.

La creación de programas de intervención ayuda a mejorar las condiciones de salud en cualquier tipo de población la promoción y prevención es el camino más cercano para entender y controlar la enfermedad.

16 RECOMENDACIONES:

- Sería ideal que considerara la beneficencia de Cundinamarca o a quien corresponda poner servicio de odontología en estas casas de protección, así como tienen otros profesionales como medicina o nutrición pues es importante este servicio ya que el acceso para las citas por sus EPS es complicado y el traslado de las pacientes a los centros de atención se dificulta por la condición de cada una.
- Establecer un horario estricto para realizar la higienización oral de las pacientes por las auxiliares para que en los cambios de turno y demás no se olvide la práctica del cepillado.
- Adecuar la dieta de las pacientes en lo posible evitando los azúcares en alimentos y bebidas, en algunas frutas con alta fructuosa.
- Promover la empatía y el trato humanizado de los cuidadores y de las auxiliares ya que es la forma segura de garantizar un cuidado digno a las pacientes
- Crear convenios con empresas fabricantes de productos para la higiene oral o EPS para suministrar de forma permanente insumos como cepillos, cremas dentales, seda dental y enjuague bucal para asegurar la higienización de las pacientes.



Educando
con **Amor**

17 ANEXOS:
17.1 ANEXO 1 ENCUESTA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD MAESTRIA EN SALUD
PÚBLICA

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DIRIGIDA A
CUIDADORES DE LAS CASAS DE PROTECCION.

Esta encuesta es totalmente anónima con el fin de obtener información del conocimiento que tienen cuidadores sobre la salud oral y el cepillado en pacientes con limitaciones cognitivas y mentales.

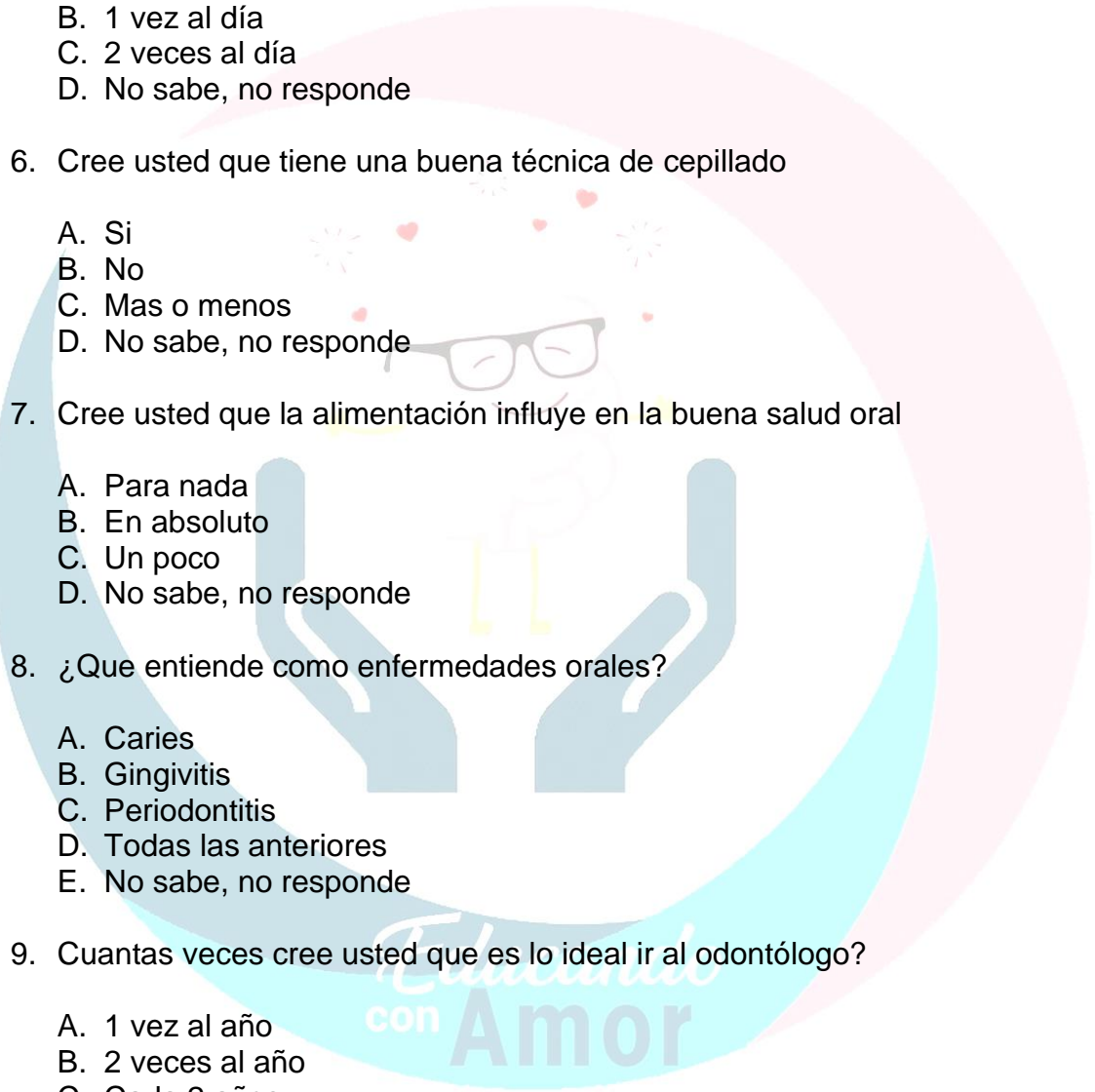
NOMBRE _____

1. Que tan importante considera usted el tener una buena salud oral
 - A. Muy importante
 - B. Poco importante
 - C. Nada importante
 - D. No sabe no responde

2. Cuando hablamos de una buena salud oral usted considera que es:
 - A. Cepillarse los dientes todos los días
 - B. Usar una buena crema dental
 - C. Capacidad de masticar, sonreír, expresarse, hablar sin molestia o dolor alguno.
 - D. No sabe, no responde

3. Cuál cree usted que son los elementos necesarios para una buena higiene oral?
 - A. Cepillo dental
 - B. Cepillo dental y crema
 - C. Cepillo dental, crema, seda y enjuague bucal
 - D. No sabe, no responde

4. Cuantas veces cree que es necesario cepillarse los dientes al día?
 - A. 1 vez al día

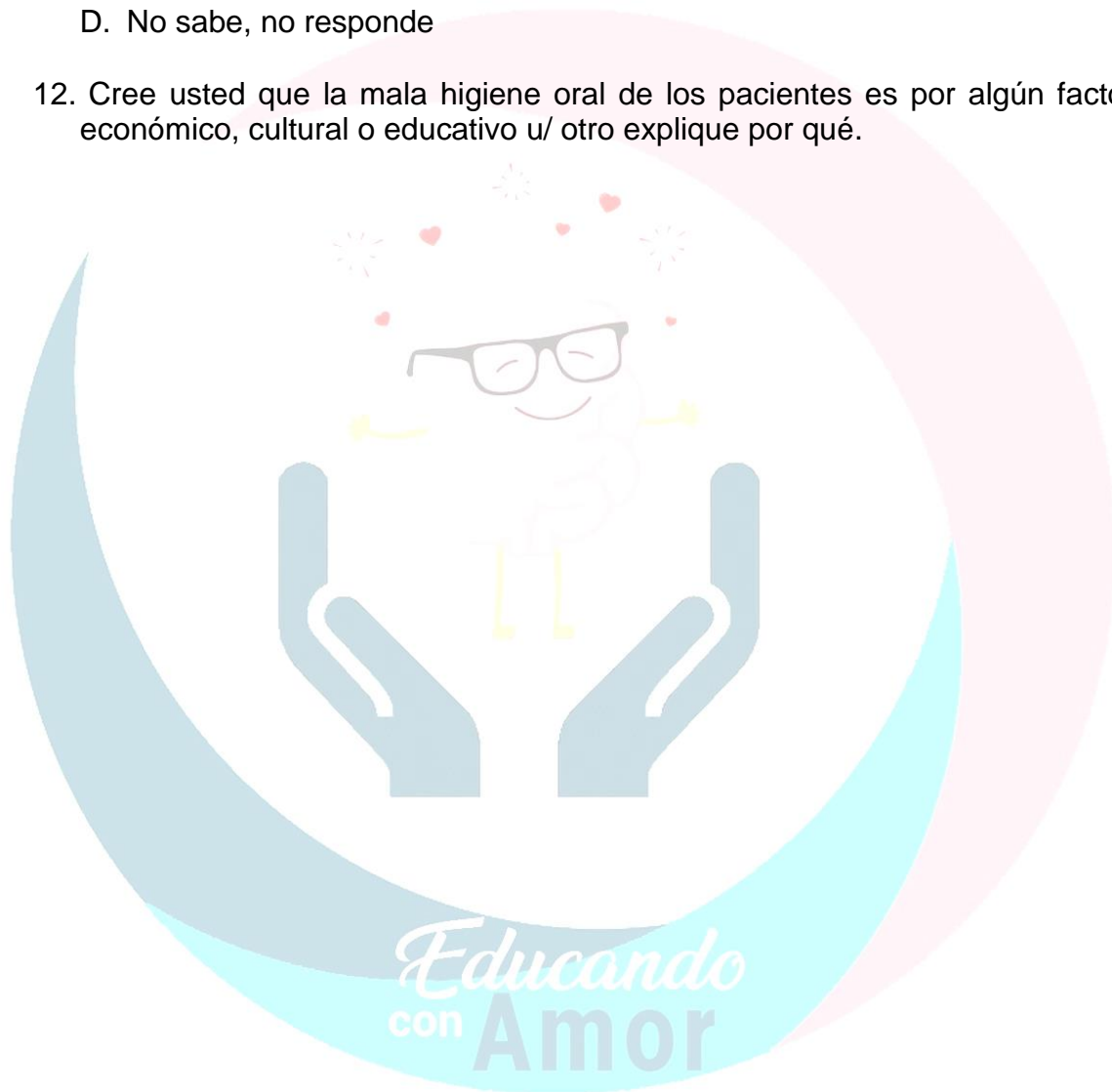
- B. 2 veces al día
C. 3 veces al día
D. No sabe, no responde
5. Cree usted que es necesario usar seda dental en los pacientes que maneja a diario
- A. No hay necesidad
B. 1 vez al día
C. 2 veces al día
D. No sabe, no responde
6. Cree usted que tiene una buena técnica de cepillado
- A. Si
B. No
C. Mas o menos
D. No sabe, no responde
7. Cree usted que la alimentación influye en la buena salud oral
- A. Para nada
B. En absoluto
C. Un poco
D. No sabe, no responde
8. ¿Que entiende como enfermedades orales?
- A. Caries
B. Gingivitis
C. Periodontitis
D. Todas las anteriores
E. No sabe, no responde
9. Cuantas veces cree usted que es lo ideal ir al odontólogo?
- A. 1 vez al año
B. 2 veces al año
C. Cada 2 años
D. No sabe, no responde
10. Sabe usted cepillar a un paciente con los que trabaja en esta casa de protección?
- A. Obvio si
B. Mas o menos
- 

- C. No en verdad
- D. No sabe, no responde

11. Cuántas veces le cepillan los dientes a los pacientes en el día?

- A. Ahí veces no se los cepillan
- B. 1 vez al día
- C. 2 veces al día
- D. No sabe, no responde

12. Cree usted que la mala higiene oral de los pacientes es por algún factor económico, cultural o educativo u/ otro explique por qué.



17.2 ANEXO FOLLETO EDUCATIVO

Lavado de prótesis

Al igual que nuestra dentadura las prótesis deben tratarse con cuidado, se deben lavar con mínimo dos veces al día con jabón neutro sin olor ni sabor no con crema dental por que van perdiendo el brillo. El cambio de prótesis depende del su deterioro normal, quiebre o desadaptamiento por la reabsorción ósea del adulto mayor.



Recuerda visitar al odontólogo 2 veces al años.

EL QUE NO VIVE PARA SERVIR, NO SIRVE PARA VIVIR. SANTA TERESA DE CALCUTA

Educación en higiene oral



Dra. Ingrid Chapetón Cardona
ODONTOLOGA Y AUDITORA

Importante recordar:

Causas de las enfermedades orales

- ✦ MALA HIGIENE ORAL
- ✦ MEDICAMENTOS
- ✦ XEROSTOMIA
- ✦ ENFERMEDADES DE BASE
- ✦ LA ALIMENTACION

- ✦ VIDA UTIL DEL CEPILLO DENTAL ES DE 3 MESES
- ✦ LA CANTIDAD DE CREMA QUE SE UTILIZA NO MAS GRANDE QUE UNA ARBEJA
- ✦ REALIZA EL CEPILLADO DESPUES DE CADA COMIDA
- ✦ EL HILO DENTAL SE USA INTERDENTAL 3 VECES ALDIA

Enfermedades orales

- ✦ CARIES
- ✦ GINGIVITIS
- ✦ PERIODONTITIS
- ✦ HALITOSIS
- ✦ AFTAS
- ✦ CANCER

Elementos importantes para la higiene oral


- ✦ CEPILLO DENTAL
- ✦ CREMA DENTAL
- ✦ HILO DENTAL
- ✦ ENJUAGUE BUCAL



17.3 ANEXO 3 PROTOCOLO DE CEPILLADO DE DIENTES


¿ COMO SE CEPILLAN LOS DIENTES ?

PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON LIMITACIONES COGNITIVAS Y
ENFERMEDADES MENTALES



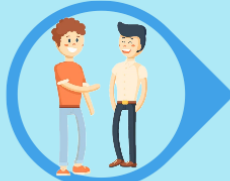
UTENSILIOS DE HIGIENE
Aplique crema dental al cepillo y luego humedescalo con precaucion para no votar la crema.

01




POSICION FRENTE AL PACIENTE
Parate en frente del paciente cuando el paciente sea cooperativo motivalo para que mantenga la boca abierta, por el contrario evita inhalación de aire para que la abra y puedas realizar la higiene.

02




CEPILLADO EN MOLARES
con el cepillo en tu mano predominante, ingréselo a la boca del paciente con las cerdas de para arriba limpie todas las superficies de las muelas en forma de barrido de adentro hacia afuera y repite en los dientes inferiores.

03




CEPILLADO EN DIENTES
coloca el cepillo sobre la linea de la encía con un ángulo de 45° y cepilla los dientes en forma de barrido de arriba hacia abajo y has lo mismo con los dientes de inferiores de abajo hacia arriba.

04




CEPILLADO EN LENGUA
Enjuga la boca y el cepillo del paciente y luego cepilla su lengua de adentro hacia afuera nuevamente en forma de barrido.

05




ENJUAGAR
Para terminar enjuaga con agua nuevamente la boca del paciente y el cepillo poniendolo en un sitio donde le de el ire para que se seque adecuadamente.

06



PROGRAMA EDUCANDO CON AMOR
REALIZADO POR: DRA. INGRID CHAPETON CARDONA
ODONTOLOGA, AUDITORA.



17.4 ANEXO 4: MATERIAL FOTOGRÁFICO / FASE 1



17.5 ANEXO 5 MATERIAL FOTOGRÁFICO / FASE 2





Educación
con Amor





17.6 ANEXO 6: MATERIAL FOTOGRÁFICO / FASE 3









18 BIBLIOGRAFÍA.

1. Marulanda J, Betancur JD, Espinosa S, Gómez JL, Tapias A. Salud oral en discapacitados. CES Odontol [Internet]. 2011 [citado 8 de mayo de 2024];24(1):71-6. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1477>
2. Sáez Cuesta U, Castejón Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M. Estudio epidemiológico de Salud Bucodental en pacientes con Parálisis Cerebral. Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2008 [citado 8 de mayo de 2024];2(5):206-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2008000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=en
3. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. J Indian Soc Pedod Prev Dent [Internet]. 2009 [citado 8 de mayo de 2024];27(3):151. Disponible en: <http://www.jisppd.com/text.asp?2009/27/3/151/57095>
4. Torales J, Barrios I, González I. Problemáticas de salud bucodental en personas con trastornos mentales. Medwave [Internet]. 22 de septiembre de 2017 [citado 8 de mayo de 2024];17(08):e7045-e7045. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/7045>
5. Aguirre Córdova J, Porras Rodríguez D, Ríos Villasis K. Estrategia de intervención educativa sobre la salud bucal en pacientes de 6 a 32 años con Síndrome de Down. Rev Estomatológica Hered [Internet]. 2015 [citado 8 de mayo de 2024];25(4):262-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1019-4352015000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Centro Femenino Especial José Joaquín Vargas. Josejoaquinvargas. [citado 8 de mayo de 2024]. Centro Femenino Especial José Joaquín Vargas: biografía. Disponible en: <https://centrofemenino.wixsite.com/josejoaquinvargas>
7. Castrillón E, Castro C, Ojeda A, Caicedo N, Moreno S, Moreno F. Estado de salud oral de pacientes hospitalizados con trastornos mentales: Revisión sistemática de la literatura. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2022 [citado 8 de mayo de 2024];51(1):51-60. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745020300263>
8. Jimenez Morales G. Abandono, rostro oculto de la enfermedad mental. El Colombiano [Internet]. 23 de mayo de 2018 [citado 8 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/colombia/salud/abandono-rostro-oculto-de-la-enfermedad-mental-AA8741525>

9. Ponce Aguirre J. Enfermos mentales crónicos abandonados, serán entregados al Distrito. El Universal [Internet]. 2 de septiembre de 2015 [citado 8 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/enfermos-mentales-cronicos-abandonados-seran-entregados-al-distrito-204607-PTEU306328>
10. Silva Herrera J. Escándalo en siquiátrico de Sibaté. El Tiempo [Internet]. 3 de febrero de 2005 [citado 8 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1680618>
11. Zambrano González D. Centro de bienestar, readecuación funcional del Hospital Psiquiátrico Julio Manrique en Sibaté, Cundinamarca [Internet] [Proyecto de grado]. Ponteficia Universidad Javeriana; 2021 [citado 8 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/58652>
12. Becker SG, Carvalho de Oliveira ML. Estudio sobre ausentismo en profesionales de enfermería del centro psiquiátrico de Manaus, Brasil. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2008 [citado 8 de mayo de 2024];16:109-14. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/L7f3cnxZVyyHqMnsSQfRgkh/?format=html&lang=es>
13. Redacción El Tiempo. Trasladan sanatorio de Sibaté. El Tiempo [Internet]. 17 de julio de 2008 [citado 8 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4382210>
14. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No 48680 [Internet]. 21 de enero de 2013 [citado 8 de mayo de 2024]; Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
15. Fernández Martín U. Salud bucodental en personas con esquizofrenia y posible relación con el tratamiento farmacológico: Revisión sistemática y meta-análisis [Internet] [Trabajo de grado]. Universidad del País Vasco; 2018. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/55907/TFG_Unai_Fernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Fonseca M, Vivas Reyes R, Diaz A. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Arch Salud. 2008;3:21-7.