

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
MÉRIDA – EDO. MÉRIDA

**Video sobre técnicas de higiene bucal y de
alimentación para niños con hendidura labio palatina,
dirigido a sus padres y representantes**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autoras:

Alba Arismendi

Naiara Calderón

Tutora: Prof. Norekys Espinoza

Asesora: Prof. Zayda Barrios

Mérida, Octubre, 2010.

**ACTA DE LA PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL
DEL TRABAJO ESPECIAL DE GRADO (TEG)**

En la ciudad de Mérida, a los 19 días del mes de octubre del 2010, siendo las 10am, reunidos en el salón de histología de la Facultad de Odontología, los Miembros del Jurado designados para conocer y evaluar el TEG titulado:

“Video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para niños con hendidura labio palatina, dirigido a sus padres y representantes”

De las bachilleres: **Alba Arismendi. C.I. 17.514.373 y Naiara Calderón C.I. 17.523.606.**

Se procedió a la presentación pública del informe final, para darle cumplimiento a lo establecido en el Artículo 38 del Reglamento para la Elaboración y Presentación del Trabajo Especial de Grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes.

El Jurado estableció que la exposición tuviera una duración de: 45 minutos.

Los bachilleres realizaron su exposición en el tiempo indicado. El Jurado calificó el informe escrito y la presentación oral de la siguiente manera:

Informe Escrito (40%): 20 puntos.

Presentación Oral (20%): 20 puntos.

Promedio de las presentaciones anteriores (40%): 20 puntos.

Nota Definitiva (100%): 20 Puntos

El jurado otorga mención publicación al presente trabajo.


Para que el presente documento surta los efectos legales que fueren necesarios,

firmamos a los diecinueve días del mes de octubre del 2010.


Prof. Oscar Morales
Jurado del Departamento


Prof. Norelkys Espinoza
Tutor Coordinador




Prof. Ana Teresa Fleitas
Jurado por el CTTEG

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN.....	i
INTRODUCCIÓN.....	ii
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Idea de la investigación.....	12
1.2. Objetivos de la investigación.....	14
1.2.1 Objetivo general.....	14
1.2.2. Objetivos específicos.....	14
1.3. Justificación.....	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.....	19
2.2. Bases teóricas.....	36
2.2.1. Denominaciones.....	36
2.2.2. Definición de hendidura labio palatina.....	36
2.2.3. Etiología.....	37
2.2.4. Clasificación de las hendiduras labio palatinas.....	39
2.2.5. Características clínicas de la cavidad bucal y los maxilares del recién nacido.....	41
2.2.6. Pronóstico sin tratamiento de la hendidura labio palatina...	44

2.2.7. Tratamiento de labio y paladar hendido.....	45
2.2.8. Utilización de dispositivos intraorales en el niño con labio y paladar hendido.....	51
2.2.9. Alimentación del bebé con labio paladar hendido.....	54
2.2.10. Higiene bucal del niño con hendidura labio palatina.....	66
2.2.11. Definición de Educación para la salud.....	76
2.2.12. Educación para la salud como proceso educativo.....	77
2.2.13. Materiales educativos para la educación en salud.....	80
2.2.14. El video.....	82
2.2.15. Producción del video.....	83

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....	90
3.2. Diseño de la investigación.....	91
3.3. Fases del proyecto.....	92
Fase I. Estudio diagnóstico.....	92
Fase II. Estudios de factibilidad.....	92
Fase III. Diseño del proyecto.....	92

CAPÍTULO IV. FORMULACIÓN DEL PROYECTO

4.1. Fase I. Estudio diagnóstico.....	94
4.1.1. Objetivo del proyecto.....	96
4.1.2. Propósito del proyecto.....	96

4.1.3. Caracterización del proyecto.....	96
4.1.4. Estudio de campo.....	98
4.2. Fase II. Estudios de factibilidad.....	110
4.2.1. Factibilidad de uso.....	110
4.2.2. Factibilidad de diseño.....	116
4.2.3. Estudio financiero.....	127
4.3. Fase III. Diseño del proyecto.....	129
 CAPÍTULO V. RESULTADO DEL PROYECTO	
Resultado.....	172
 CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1. Conclusiones.....	173
6.2. Recomendaciones.....	175
REFERENCIAS	177
ANEXOS	187

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Empleo de video vs medios impresos	103
Tabla 2. Contenido del video	104
Tabla 3. Video proyectado en televisora	105
Tabla 4. Medio de información adicional	107
Tabla 5. Fortalecer hábitos de higiene	108
Tabla 6. Complementación de información sobre las técnicas de alimentación.....	109
Tabla 7. Cronograma de actividades para la realización del video.....	112
Tabla 8. Materiales y equipos requeridos para la realización del video.....	114
Tabla 9. Presupuesto de producción para el video.....	114
Tabla 10. Total de costos del video.....	126
Tabla 11. Capital disponible.....	129

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Video vs medios impresos.....	103
Gráfico 2. Disponibilidad del video en televisión	105
Gráfico 3. . Material complementario a la consulta odontológica.....	106
Gráfico 4. Utilidad del video en la higiene bucal	108
Gráfico 5. Utilidad del video en la técnica de alimentación	109

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Hendidura labial unilateral y bilateral del labio superior.....	39
Figura 2. Hendidura palatina que involucra paladar duro y blando.....	40
Figura 3. Hendidura unilateral completa del labio y del paladar.....	40
Figura 4. Hendidura bilateral del labio superior y procesos alveolares sin involucrar el paladar.....	41
Figura 5. Paladar normal y paladar hendido incompleto.....	42
Figura 6. Desviación del tabique hacia el sitio de la hendidura.....	44
Figura 7. Obturador del paladar.....	52
Figura 8. Vista lateral del obturador del paladar.....	52
Figura 9. Bebé con hendidura labio palatina siendo alimentado con un biberón.....	56
Figura 10. Extractor de leche eléctrico.....	56
Figura 11. Posición vertical del bebé al ser amamantado.....	57
Figura 12. Masaje oprimiendo el pecho hacia la caja torácica.....	57
Figura 13. Ejercer presión sobre la areola.....	57
Figura 14. Posición del dedo índice y pulgar al amamantar.....	58
Figura 15. Tetina Nuk.....	61
Figura 16. Tetina Nuk.....	61
Figura 17. Tetina para fisura palatina.....	62

Figura 18. Biberón Mead Jonhson.....	62
Figura 19. Biberón Haberman Feeder.....	63
Figura 20. Tetinas estándares	63
Figura 21. Higiene bucal del bebé con un trozo de gasa estéril sobre el dedo índice.....	68
Figura 22. Técnica de cepillado Stillman modificada.....	72
Figura 23. Educación para la salud como proceso de comunicación...	77
Figura 24. Proceso global de transformación.....	121
Figura 25. Organización para la operacionalización del proyecto....	123
Figura 26. Organización para la operacionalización del proyecto.....	125

AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora y asesora metodológica, la profesora Norelkys Espinoza, por su colaboración, paciencia, entendimiento y ayuda prestada para materializar nuestro proyecto.

A nuestra asesora sobre el tema, la profesora Zaida Barrios, por su compromiso, participación y entrega incondicional, brindándonos permanentemente, ayuda, enseñanza y orientación para así culminar con éxito esta meta.

A la Dra. María Cristina Sánchez por su participación y colaboración en el desarrollo del video.

Al personal del servicio de Odontopediatría del IAHULA, por su disposición y ayuda prestada para el rodaje del video en sus instalaciones.

A las familias Salazar Silva, Vitiello y Gutiérrez Briceño, que participaron incondicionalmente en el rodaje del video.

A la televisora ULA-Tv por permitir realizar la edición del video, en especial al editor Carlos Castro por su colaboración y paciencia.

Al C.D.C.H.T. por aprobarnos parte del financiamiento del proyecto



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
MÉRIDA - EDO MÉRIDA

Video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para niños con hendidura labio palatina, dirigido a sus padres y representantes

Autoras:

Alba Arismendi

Naiara Calderón

Tutora: Prof. Norelkys Espinoza

Asesora: Prof. Zayda Barrios

Resumen

La hendidura labio palatina es una malformación que afecta las funciones respiratorias, deglutorias, el lenguaje, la audición, la oclusión dentaria y la autoestima. Por ello, desde el nacimiento, el niño con labio y paladar hendido, necesita cuidados especiales para evitar posibles complicaciones. Esto refleja la importancia de mantener y fortalecer el componente preventivo de la salud bucal, responsabilidad que es asumida por las personas encargadas de su cuidado: padres, representantes o responsables. Sin embargo, la literatura reporta que los padres dicen desconocer acerca del cuidado que deben proporcionar y las recomendaciones para alimentar al niño, entre otras inquietudes. Por tal motivo, es necesario orientar a los padres y personas responsables sobre el cuidado de estos niños y la forma correcta de alimentarlos. Aunque la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes produjo el “Manual de orientación a los padres de niños y niñas con hendidura labio palatina” en formato impreso, se considera que un recurso audiovisual puede ser de gran ayuda para reforzar en los padres la comprensión de dichos aspectos. Por tanto, el propósito de este estudio es elaborar un video, sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para los niños con hendidura labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del Hospital Universitario de Los Andes, dirigido a sus padres y representantes. Se realizó un proyecto factible, que constará de tres fases: en la primera, el diagnóstico de necesidades; en la segunda, se comprobará la factibilidad de diseño considerando estudios de mercado, técnico y financiero; finalmente, se efectuará el diseño y elaboración del recurso audiovisual.

Palabras claves: Hendidura labio palatina, video, higiene oral, alimentación, padres.

INTRODUCCIÓN

La salud de dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La principal función de la boca está relacionada con la capacidad de masticar y deglutir la comida, lo cual es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permitan disfrutar de un buen estado de salud general. También la boca y los dientes forman la sonrisa formando parte de la apariencia, de allí que son de gran influencia en el bienestar psicológico de las personas. Además, la boca es esencial para el habla, proceso donde intervienen la lengua, los labios y los dientes. Es por ello, que el propósito de la odontología es ayudar a las personas a alcanzar y conservar la salud bucal durante toda la vida, pero para lograrlo es de vital importancia la prevención, en especial de la caries y de la enfermedad periodontal.

El mejor modo de prevenir estas enfermedades es con una buena higiene oral y visitas periódicas al odontólogo. Por esta razón, la prevención en salud bucal debe comenzar desde la infancia, en conjunto con la colaboración de los padres para comenzar a inculcar hábitos de higiene bucal a los niños desde edades tempranas, más aún en aquellos con alto riesgo de padecer caries y enfermedades periodontales, como es el caso de los niños con hendidura labio-palatina.

Adicional, a las prácticas preventivas en salud bucal, los niños que nacen con labio y paladar hendido requieren de un proceso de rehabilitación en el cual están involucrados el odontólogo y un equipo multidisciplinario de profesionales, sin olvidar la importancia que tiene el papel de los padres, pues en ellos recae la obligación de acompañar al niño durante todo este proceso y brindar los cuidados en el hogar, para mantener en buen estado su salud bucal. De allí que se haga necesario brindar información a los padres para mejorar y mantener la salud bucal e integral del niño.

En tal sentido, la presente investigación tiene como objetivo elaborar un video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para los niños con hendidura labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del Instituto Autónomo del Hospital Universitario de Los Andes, dirigido a sus padres y representantes.

La investigación se ejecutará en 3 partes, distribuidas en 6 capítulos respectivamente: el primero corresponde al planteamiento del problema, objetivos y justificación del estudio; el segundo presenta los antecedentes y las bases teóricas de la investigación; el tercero expone el marco metodológico, naturaleza del estudio y fases del proyecto; el cuarto señala la formulación del proyecto, sus propósitos y la caracterización del mismo; el quinto capítulo la presentación y análisis de los resultados; el sexto capítulo contiene la conclusión y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Idea de la investigación

La hendidura de labio y paladar es una de las malformaciones craneofaciales de mayor incidencia que afecta a los recién nacidos (Habbaby, 2000). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2007) indica que el labio y paladar hendido, es un defecto congénito que se da en uno de cada 600 nacimientos aproximadamente. Adicionalmente, expresa que la prevalencia de nacimiento varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas.

En el caso de Venezuela, Monserat, Zambrano, Ghanem, Cedeño y Maza (2000) indican que el labio y paladar hendido son malformaciones frecuentes en nuestro país y su incidencia va en aumento, al igual que la población. Al respecto, Operación Sonrisa Venezuela (2006, en Zambrano y Uzcátegui, 2009) afirma que en Venezuela la incidencia varía entre la zona rural y la urbana. En las zonas rurales, la incidencia es de 1 entre cada 800 niños nacidos vivos, mientras que en las zonas urbanas es de 1 de cada 1.000 nacidos.

Operación Sonrisa Venezuela (2006, en Zambrano y Uzcátegui, 2009) también indica que en Venezuela nacen por año 4.500 niños con este

problema. En cuanto al estado Mérida, Zambrano y Uzcátegui (2009) reportan una tasa de 1.02 casos por cada 1.000 nacidos vivos, predominando en hijos de madres no trabajadoras y de padres obreros y agricultores.

Estas cifras demuestran lo frecuente de esta malformación, la cual afecta las funciones respiratorias, deglutorias, el lenguaje, la audición, la oclusión dentaria y la autoestima del niño que la padece (Habbaby, 2000; The Nemours Foundation, 2010; Regezi y Sciubba, 2000; Sogbe y Garcia, 1996; Habbaby; 2000). Es por ello, que desde el nacimiento el paciente con labio y paladar hendido necesita de cuidados especiales para evitar posibles complicaciones, lo que refleja la importancia de mantener y fortalecer el componente preventivo de la salud bucal, el cual es responsabilidad de las personas encargadas de su cuidado: padres, representantes o responsables.

Es este sentido, un video puede representar un material útil para reforzar en los padres las estrategias preventivas de higiene bucal y las técnicas de alimentación para niños con hendidura labio palatina; y también fomentar en ellos la importancia de mantener una alimentación balanceada para sus hijos. Además, puede ser una herramienta para que esta comunidad participe activamente en el mantenimiento de la salud bucal de sus representados.

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Elaborar un video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para los niños con hendidura labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del Hospital Universitario de Los Andes, dirigido a sus padres y representantes.

1.2.2. Objetivos específicos:

1. Ofrecer información teórica básica sobre la hendidura labio palatina a los padres y representantes responsables del cuidado de niños con esta anomalía.
2. Demostrar, en forma práctica, técnicas y recomendaciones de higiene bucal diaria para niños con hendidura labio palatina.
3. Describir, en forma práctica, la técnica de alimentación para niños con hendidura labio palatina en edades tempranas.

1.3. Justificación

El labio y paladar hendido es una anomalía que afecta a niños indiferentemente de su clase social y perjudica de forma importante los procesos básicos de alimentación, como es el caso de la lactancia. Los lactantes con esta afección, ya sea que se alimenten con leche materna o artificial, ingieren mucho aire y es necesario ayudarles a eliminar los gases con frecuencia. Por esta razón, alimentar a un bebé con paladar hendido requiere de tiempo y paciencia. En la actualidad existen placas palatinas obturadoras, así como biberones y tetinas especiales para facilitar esta tarea, Como lo expresa la Fundación de Paladar Hendido (2008).

En este sentido, la Cátedra de Odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela (1996) refiere que los padres manifiestan inquietud en la difícil tarea de alimentar al niño. También Cameron y Widmer (2000) expresan que los padres tienen desconocimiento acerca del cuidado que deben proporcionarles, de las recomendaciones para alimentar al niño y de los ejercicios que le estimulen el habla y faciliten su crecimiento emocional. Por ello, es necesario orientar a los padres y personas responsables sobre el cuidado de estos niños y la forma correcta de alimentarlos.

Si no se tienen los cuidados necesarios para alimentar al niño o la higiene bucal no se realiza correctamente, se pueden presentar complicaciones en su salud integral, específicamente en sus funciones

respiratorias, deglutorias, auditivas y del lenguaje. Prevenir dichas complicaciones justifica ampliamente la necesidad de informar a los padres acerca de los cuidados que se deben realizar al niño.

Un video puede resultar de gran ayuda ya que permitiría observar con detalle los métodos de higiene oral y las técnicas de alimentación correctas que deben seguir los padres y personas responsables del cuidado de estos niños, especialmente en sus edades tempranas. Asimismo, contribuirá a despejar las dudas que puedan tener los padres, sin ameritar de la presencia directa de especialistas, y será de gran utilidad para las familias que provienen de poblaciones geográficamente alejadas. También ofrecerá orientaciones en caso de presentarse algún inconveniente durante el desarrollo de los hábitos diarios de higiene bucal del niño.

Mediante una revisión detallada en la web se buscó la existencia de un medio audiovisual con estas características, que estuviera disponible en el idioma español y en páginas de interés general para que los padres y representantes de niños con hendidura labio palatina, pero no se encontró nada relacionado, demostrando que un video es necesario para transmitir información básica y detallada.

De esta forma, este video complementa el “Manual de orientación a los padres de niños y niñas con hendidura labio palatina” realizado por Zambrano y Uzcátegui en el 2009, pues aún se observan en los padres inquietudes relacionadas con la aplicación de cuidados en cuanto a la higiene

bucal y a la forma de alimentar a los bebés con labio y paladar hendido. Además, podrá ser usado por los padres en su domicilio, con el único requisito de disponer de un televisor y opcionalmente una unidad de DVD, ya que el mismo será transmitido por el canal universitario ULA - TV.

Los beneficiados con esta herramienta serán los niños con hendidura labio palatina porque se estará mejorando su calidad de vida, a través de este recurso sus padres y representantes podrán ampliar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la consulta con el odontólogo. Del mismo modo, estarán mejor preparados y seguros para realizar los cuidados, tal como lo recomienda Cameron y Widmer (2000).

Adicionalmente, se fortalecerán los lazos afectivos entre padres e hijos, ya que la seguridad que propicia el conocimiento del tema en los padres, así como su competencia para desenvolverse ante cualquier situación, transmitirá sentimientos positivos a sus hijos. Esto es de suma importancia para los niños con hendidura labio palatina, quienes necesitan de mucho apoyo emocional, según refiere The Nemours Foundation (2010).

Este video también permitirá reducir la carga laboral del odontólogo, quien hasta ahora ha sido el único conocedor del tema, y por lo tanto en él recae toda la responsabilidad de explicar a los padres el cómo deben ser realizados los cuidados del niño en el hogar y la importancia de éstos.

Igualmente, este material servirá de aporte para el personal odontológico de la Cátedra de Odontopediatría de la Facultad de

Odontología, como al médico neonatal, el cirujano plástico y la población que asiste en el servicio de Odontopediatría del Instituto Autónomo del Hospital Universitario de Los Andes del Estado Mérida que atiende a esta comunidad. Particularmente, el odontólogo según el artículo 16 de la Ley del Ejercicio de la Odontología, debe contribuir al proceso científico y social aportando soluciones en problemas de salud pública, al igual que debe cooperar con los demás profesionales de la salud.

Asimismo, se contribuirá con la población merideña, la cual conocerá esta información mediante la difusión del video a través del canal Universitario, el cual se sustenta en el artículo 1 de la Ley de Responsabilidad Social en Radio y Televisión. De esta manera, será posible educar a la sociedad sobre la existencia de esta malformación, como bien lo recomienda Cameron y Widmer (2000).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A continuación se presentan las investigaciones publicadas relacionadas con este Trabajo Especial de Grado:

Investigaciones relacionadas a recursos audiovisuales para prevenir enfermedades de salud bucal.

Alsada, Sigal, Limeback, Fiege y Kulkarni (2005) realizaron un video sobre prevención y cuidado en salud bucal infantil dirigido a sus cuidadores. Este recurso contiene, entre otras, recomendaciones acerca de alimentación, dieta, higiene oral, uso de flúor, hábitos orales, causas de caries, posibles secuelas de caries tempranas y visitas al odontólogo. Estas recomendaciones se basan en las prescritas por la Academia Americana de Odontología Pediátrica. El video fue realizado en Canadá y se probó en 27 personas, a quienes se les aplicó un cuestionario antes y después de ver el video. Se observaron mejoras significativas en sus conocimientos, de acuerdo con la proporción de respuestas correctas antes y después de observar el video. Los autores concluyen que este recurso audiovisual

promete ser una herramienta efectiva para proveer orientación sobre prevención en salud bucal infantil, en especial en las poblaciones de alto riesgo. Asimismo, explican que a diferencia de otros recursos didácticos, este recurso audiovisual provee información comprensible, basada en la evidencia científica y es auto dirigido, por lo que consideran que es útil para concienciar en los cuidadores la importancia de mantener una buena salud oral en los infantes, promover un mayor uso de los servicios dentales y reducir la incidencia de enfermedades orales prevenibles en la población infantil.

Cleft Palate Foundation (2006) realizó un instructivo en forma de video denominado *Feeding Your Baby*. Se encuentra publicado en idioma inglés y de manera gratuita en la página Web de dicha fundación. Este video tiene por objetivo guiar a los padres o cuidadores de niños con paladar hendido acerca de las técnicas especiales que deben seguir para que la experiencia de alimentación del bebé resulte efectiva. Incluye instrucciones, paso a paso, mediante demostraciones prácticas que dan respuesta a una gran cantidad de interrogantes. Orienta a los padres en cuanto a los biberones y tetinas recomendados para facilitar esta labor. También incluye un segmento de amamantamiento, así como preguntas frecuentes que inquietan comúnmente a los padres.

Operación Sonrisa (2006), en México, realizó una investigación cualitativa basada en un video educativo haciendo referencia a los aspectos más importantes del labio y paladar hendido, como fueron: la descripción de la afección, su etiología, los problemas asociados a la malformación, la importancia de la higiene bucal y la motivación de los padres. Este recurso tuvo como objetivo promover la toma de conciencia de los padres y la sociedad acerca de la alta prevalencia de los niños que nacen al año con labio y paladar hendidos. En este trabajo, se concluye que gracias al video se logró motivar a los padres y obtener una mejoría en cuanto a la relación de los padres con los niños y su adaptación a la sociedad.

Patrón, Torres, Yezioro y Benavides (2009) elaboraron un protocolo de manejo de paciente con labio y paladar hendido. Esta guía fue de carácter educativo, documentando las características fisiopatológicas, epidemiológicas y de manejo de las malformaciones de labio y paladar hendido que se presentan en los pacientes que acuden a la consulta del Hospital de La Misericordia localizado en Bogotá-Colombia, para facilitar su identificación mediante la estandarización del conocimiento clínico con miras a disminuir la variabilidad diagnóstica de los casos con una condición clínica similar. Los autores de este manual concluyeron que el mismo facilitó a la toma de decisión integral del equipo de profesionales y personal que labora en el Hospital de la Misericordia, en relación con el diagnóstico precoz,

tratamiento, seguimiento y rehabilitación del paciente con labio y paladar hendido.

Oviedo (2005) efectuó un proyecto factible el cual consistió en el diseño de un prototipo de un Material Educativo Computarizado (MEC) como estrategia instruccional para el proceso enseñanza-aprendizaje de la asignatura materno infantil de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Contiene los cuidados inmediatos del recién nacido. La población y muestra objeto de estudio estuvo constituida por 34 alumnos de la asignatura materno infantil. El diseño instruccional de la propuesta fue basado en el enfoque de la teoría de aprendizaje y de instrucción propuesta por Gagné (1979) y la metodología llevada a cabo para su desarrollo fue la de Galvis (1992). Se realizó la evaluación por parte de tres (3) expertos, los cuales recomendaron la utilización del MEC ubicando el prototipo en el más alto nivel de valoración comprensiva (excelente).

Plaza y Rivas (2009), en una investigación cualitativa de tipo proyectiva con un diseño contemporáneo transeccional, se plantearon como objetivo diseñar un instructivo multimedia interactivo para la promoción de la salud bucal en la población de la parroquia Los Nevados del Estado Mérida. Este material se enfocó en la prevención de patologías como la caries dental y la enfermedad periodontal, para lo que se emplearon medidas sencillas como la higiene bucal. La motivación y capacitación de la población a través de este

material se logró utilizando un lenguaje científico técnico de fácil comprensión, tomando en cuenta las condiciones socio económicas de esta población, caracterizadas por el analfabetismo, bajos ingresos económicos, una ubicación geográfica de difícil acceso y la falta de servicios básicos, dentro de los cuales destacó la falta de atención odontológica. Los resultados de esta investigación demostraron que los pocos mecanismos de difusión de información que se utilizan en el componente bucal de la salud, como afiches, trípticos y videos, son generalmente elaborados por las casas comerciales, de forma estandarizada y con fines de lucro. Los autores concluyen que la educación representa una alternativa eficaz para resolver los problemas de salud de manera estructural, interviniendo en la dimensión social donde están las causas que afectan la dimensión biológica.

Investigaciones relacionadas a higiene bucal en niños con hendidura labio palatina.

Cheng, Moor y Ho (2007) realizaron una revisión documental sobre los factores predisponentes de caries dental en niños con labio y paladar hendido para determinar los factores que podrían comprometer la higiene bucal y explicar el alto predominio de caries en pacientes con labio y paladar hendido. Los resultados indican que se dispone de estrategias modernas para la prevención temprana de caries en niños, las cuales deberían ser

consideradas para su integración en el protocolo de dirección total de pacientes con labio y paladar hendido. Los autores concluyen que el cuidado dental es más importante en pacientes con labio y/o paladar hendido, comparado con pacientes sin hendidura.

Tahir y Brandt (1998) realizaron un estudio en el Reino Unido, cuyo objetivo fue determinar el estado de salud oral y dental de niños con labio y/o paladar hendido. Se realizaron exámenes orales y dentales a 114 niños entre los 3 y 18 años de edad con labio y/o paladar hendido. Los resultados demuestran que el 53.5 % de la muestra no presentó antecedentes de caries dental, pero el 20 % presentó caries activas. La presencia de caries en la dentición temporaria fue 2.3, y en la dentición permanente 0.9. La presencia de caries en los niños caucásicos de la muestra fue de 1.9, inferior que el de los niños asiáticos el cual fue de 5.5. Los niños con labio y paladar hendido tenían una salud oral pobre, a diferencia de aquellos con hendiduras aisladas del labio o del paladar, con una notable mala salud oral en el segmento afectado, aunque hubiera sido quirúrgicamente reparado con anterioridad.

Lucas, Gupta, Olofade, Gelbier y Graham (2000) realizaron un estudio acerca del índice de salud y caries dental asociada a la microflora en niños con labio y paladar hendido unilateral. Sesenta niños y sus controles fueron examinados y se registró el índice de placa bacteriana, considerando las superficies de dientes temporales y permanentes. También se registró la presencia de defectos del desarrollo, el grado de gingivitis y la presencia de

caries, obturaciones, así como la pérdida de piezas asociada a la caries. No se encontraron diferencias significativas en la caries, la placa, y la gingivitis entre los niños con el paladar hendido y sus controles. Un número mayor de opacidades de esmalte fue registrado en el grupo de control y había un predominio más alto de decoloración de esmalte en los niños con el labio y paladar hendido. Los autores no encontraron diferencias significativas en la proporción de *streptococcus mutans* o *lactobacillus* en el sitio de hendidura, comparado con el mismo sitio -no afectado- en el grupo control.

Wong y King (1998) realizaron una revisión de los estudios de caries y salud periodontal de pacientes con Hendidura Labio Palatina (HLP). Se reveló que se ha relatado una predisposición a la caries más alta en los niños con HLP en comparación con niños sin hendidura, tanto en las denticiones primarias como en permanentes. Sin embargo, hay amplia variación en los dientes examinados y el método para presentar los datos. Los pacientes adultos con HLP tenían la higiene bucal más pobre y más gingivitis, pero no hay ninguna prueba concluyente con respecto a un riesgo más alto de desarrollar la enfermedad periodontal. También se observó que aunque se ha enfatizado que los niños con hendidura tienen considerablemente más gingivitis que niños sin hendidura, sobre todo en los dientes anteriores superiores.

Investigaciones relacionadas a técnicas de alimentación en niños con hendidura labio palatina

Glenny, Hooper, Shaw, Reilly, Kasem y Reid (2007) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de evaluar los efectos de las intervenciones de los recién nacidos con labio hendido ó fisura palatina sobre el crecimiento, el desarrollo y la satisfacción de los padres. Dichas intervenciones fueron: el consejo o ayuda materna, utilización de diversos tipos de biberones y tetinas, el uso de diferentes técnicas de alimentación (marteña y artificial) y el uso de la placa obturadora. Se realizaron búsquedas en los Registros de Ensayo del Grupo Cochrane de Salud Oral (Junio, 2001), el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (2004), MEDLINE (1966 al 24 de mayo de 2004), EMBASE (1985 al 7 de agosto de 2002), CINAHL (1982 al 7 de agosto de 2002), PsychINFO (1967 al 13 de agosto 2002), AMED (1985 al 13 de agosto de 2002). Los autores concluyen que aunque los biberones flexibles parecen ser más fáciles de usar que los biberones rígidos para los recién nacidos con hendidura labio palatina, no existen pruebas que demuestren diferencias en el crecimiento de los niños para ambos tipos de biberones. Asimismo, explican que existen pruebas poco contundentes de que los recién nacidos deben recibir lactancia materna en lugar de ser alimentados con cuchara después de una intervención quirúrgica de labio leporino. No se halló evidencia para evaluar la utilidad de

programas informativos y de soporte para las madres de niños con hendidura durante la lactancia, sea ésta materna o artificial.

Garcez y Giugliani (2005) realizaron un estudio sobre la práctica de amamantamiento y las dificultades relacionadas en niños con labio y paladar hendido nacidos en Puerto Alegre, Brasil. Participaron en la entrevista las madres de todos los niños nacidos entre 2001 y 2002 en dicha ciudad (n=31). De la información obtenida la frecuencia de amamantamiento en el primer año de vida fue estimada y la duración media fue computada de acuerdo al tipo de malformación. Se concluyó que la duración del amamantamiento fue significativamente superior en la presencia de labio y paladar hendido, en comparación a la media de la población general de Puerto Alegre. Entre las dificultades señaladas por las entrevistadas, las más frecuentes fueron: la débil succión por parte de los niños, la dificultad de adherencia al pecho y el escape de la leche materna de la boca de los mismos.

Silva, Costa, Ribeiro y Teixeira (2003) realizaron un estudio con el objetivo de investigar el patrón de amamantamiento e ingesta de azúcar de los bebés con labio leporino. Participaron los cuidadores de 200 bebés con labio leporino inscritos en el Hospital de Rehabilitación de Anormalidades Faciales, de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. En los resultados obtenidos se obtuvo una baja prevalencia de amamantamiento, y la razón más frecuentemente reportada por la cual dichos niños no fueron amamantados

fue la inhabilidad de succión por parte de éstos. El primer contacto con el azúcar ocurrió durante el primer mes de vida a través del tetero de leche y posteriormente también consumieron azúcar en suplementos nutricionales y jugos de frutas. Se concluyó en este estudio que el patrón nutricional de los bebés con labio leporino es muy riesgoso para su salud oral. Los autores consideraron necesario desarrollar programas para la prevención en salud oral adaptados a las necesidades y características de estos pacientes, dando especial importancia al control de la placa y la educación a los padres y/o cuidadores.

Investigaciones relacionadas a la orientación de los padres y representantes de niños con hendidura labio palatina

Chuacharoen, Ritthagol, Hunsrisakhun y Nilmanat (2009) describieron las necesidades sentidas por los padres de niños con hendidura labio palatina, desde su nacimiento hasta los tres meses. Se entrevistaron 15 progenitores: 12 madres recién dadas a luz y 3 padres, en el periodo comprendido desde octubre del 2004 hasta febrero del 2006. Las entrevistas consistieron en preguntas estructuradas y semi estructuradas, y fueron aplicadas la primera semana, luego se aplicaron sucesivamente durante primeros tres meses después del nacimiento. Los resultados indican que durante la primera semana después del nacimiento, la mayoría de padres

requirió información acerca de la alimentación y la cirugía. Durante los tres meses siguientes requirieron más información, principalmente sobre las cirugías correspondientes a cada etapa de la rehabilitación y otros problemas secundarios. Muy pocos tenían cubiertas sus expectativas de apoyo de los profesionales de asistencia médica. Se concluye que las necesidades expresadas por los progenitores en este estudio cambian según los períodos de tiempo y principalmente se relacionan con la alimentación, problemas del habla y cirugías, así como apoyo financiero. Las necesidades de los padres, particularmente durante el período de transición, deberían ser consideradas dentro de la planificación de cuidados para pacientes con hendidura labio palatina y sus familias.

Cleft Palate Foundation (2009a, 2009b) realizó un folleto de carácter educativo sobre la alimentación del recién nacido con labio y paladar hendido, con el objetivo de dar a conocer la mejor manera para alimentar al bebé. Dicho folleto está disponible de forma gratuita en la Web en idioma inglés y español y está dirigido a los padres y personas que se encargan de los cuidados del niño, así como a las enfermeras que atienden a recién nacidos con labio hendido o paladar hendido. Se concluyó que este medio facilitó, en dichas personas, la comprensión de las diferentes técnicas empleadas para alimentar a los niños así como la diversidad de biberones y tetinas que facilitan esta tarea.

Ramírez, Cauvi y Rajevic (1995) efectuaron un estudio clínico descriptivo del estado de salud bucal que presentaban los niños de labio leporino y fisura velopalatina, operados. Con este propósito se examinó un total de 100 pacientes de ambos sexos, con dichas anomalías, divididos por dentición y cuyas edades fluctuaban entre 3 y 12 años. Estos pacientes se encontraban en tratamiento ortodóntico o eran atendidos por alguno de los especialistas en rehabilitación del paciente con hendidura. Fueron examinados en la Fundación Alfredo Gantz M., en el Instituto de Rehabilitación de Malformaciones y Deformaciones Maxilofaciales, en la asignatura de Traumatología y Prótesis Máxilofacial, ambas de la Universidad de Chile. Para determinar el estado de salud bucal se estudiaron piezas dentarias y tejidos de soporte, también la conducta en cuanto a higiene bucal, y paralelamente, se investigó acerca de los conocimientos de prevención en salud bucal y control de la higiene bucal por parte de los padres de estos niños. Los resultados indicaron que los niños con hendidura labio palatina presentan un mal estado de salud bucal, con un alto índice de caries (7.28), inflamación gingival y depósitos blandos y duros. Predomina la mala higiene bucal, con un cepillado diario pero deficiente y sin control por parte de los padres. La mayoría de ellos desconocen lo que es el flúor. Los padres manifiestan que no han recibido ninguna instrucción de higiene bucal, por lo que no saben mantener la higiene correcta de sus hijos.

Soares, Costa, Gomide, Neves, y Bijella (2002) realizaron un estudio en la Universidad de Chile, con el objetivo de evaluar el índice de placa en bebés con hendidura labio palatina y verificar, a través de un cuestionario, el grado de conocimiento que presentan los padres sobre los cuidados de la salud bucal. Por medio del examen clínico se determinó el índice de placa (PHP modificado) en 32 bebés portadores de hendidura labio palatina, con edades entre los 7 y 28 meses y se aplicó el cuestionario mencionado a los padres. Posteriormente, se realizó una orientación sobre los métodos de higiene bucal. Después de 6 meses fue aplicado un nuevo cuestionario para verificar el grado de retención de los conocimientos suministrados durante la primera visita, siendo reevaluado el índice de placa de los bebés. Los resultados obtenidos indicaron una mejoría en el grado de conocimiento de los padres sobre los métodos de higiene bucal y una disminución estadísticamente significativa en el índice de la placa dental de los bebés, demostrando la importancia de suministrar precozmente las informaciones y hacer las demostraciones de las técnicas de higiene sobre los cuidados en la salud bucal.

Investigaciones relacionadas a prevalencia e incidencia de hendidura labio palatina.

Al-Dajani (2009) evaluaron la prevalencia de caries dental en pacientes con labio hendido y los controles de sus parientes libres de esta malformación. Se utilizaron 2 grupos de estudio de pacientes y familiares, compuesto por 106 participantes que visitaron el Hospital de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad de Damascus en Siria. Las caries dentales fueron examinadas clínicamente y fueron reportadas usando el índice DMFT. Los resultados del DMFT fueron comparados entre los 2 grupos. Se encontró una asociación total de caries dental con la presencia de labio o paladar hendido ($p < .05$), relativamente superior que en el grupo de parientes ($p > .001$). Se concluyó que los sujetos con labio hendido son más susceptibles a sufrir caries dental independientemente de su estatus socioeconómico.

H´Luz, Rentería, Villalobos, Villafuerte y Andrade (2000) realizaron un estudio con el objetivo de establecer la incidencia de fisuras labio palatinas en recién nacidos en el Hospital Central Militar de México y determinar así su manejo inicial por parte del servicio de odontopediatría. De acuerdo al total de nacimientos entre diciembre de 1997 y diciembre de 1998, que fue de 5.188, se presentaron 11 casos con algún tipo de fisura labio palatina, 9 afectaron al sexo masculino y 2 al femenino. El labio y paladar fisurado en cualquiera de sus variantes se presentó con mayor frecuencia en 7 casos.

Predominó la fisura unilateral izquierda completa o incompleta en 9 casos. Asimismo, 8 fueron embarazos deseados y 3 no deseados. Se encontró un decremento de la incidencia entre febrero y noviembre exceptuando diciembre y julio, al ser revisadas las historias mes por mes. Llegaron a la conclusión de que la mayoría de los casos se manejaron con obturador palatino de acrílico para mejorar la alimentación del recién nacido, y algunos de ellos se manejaron además con reposicionador elástico de premaxila o “bigotera” como tratamiento prequirúrgico.

En el ámbito del continente americano, González y otros (2006) estudiaron la prevalencia de labio y paladar hendido en las Clínicas Periféricas Odontológicas de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala en México, y la relación de esta afección con las deficiencias en la estructura socioeconómica y política del país. Para ello, utilizaron la clasificación de fisuras orales propuestas por Kernaham y Stara. De 38.400 expedientes se hallaron 20 casos, encontrándose una prevalencia de 1 por cada 1920 pacientes. Los resultados arrojados por esta investigación indican una baja prevalencia en esa institución en comparación con la población del Instituto Nacional de Pediatría. También se halló que esta alteración es más frecuente en mujeres que en hombres debido a diferentes factores como tiempo, ocupación o interés hacia la salud bucal. Los autores igualmente establecieron que una de las principales causas de esta anomalía se debe a

la falta de conocimiento por parte de las mujeres sobre el consumo de ácido fólico antes y durante el embarazo.

Investigaciones relacionadas a la hendidura labio palatina en el IAHULA del Estado Mérida.

Contreras y Sánchez (2003) realizaron un estudio de tipo descriptivo longitudinal en el IAHULA en Mérida, Venezuela. Se revisaron 302 historias clínicas de las cuales se seleccionaron 187 correspondientes a los pacientes menores de 14 años. Con el propósito de determinar la frecuencia de la hendidura labio palatina en el estado Mérida. Se obtuvo una tasa de 1.02 casos por cada 1000 nacidos vivos (N.V.) El 50.3% correspondió al sexo femenino, el 60.7% provenían de la zona agrícola y sólo el 17.7% tenían antecedentes familiares portadores de la patología. El 66.8% de las madres se encontraban entre los 24 y 30 años de edad, predominando oficios del hogar en un 85% y el 63.7% de los padres eran agricultores u obreros. Sólo el 23.6% de las madres enfermaron durante el embarazo. El 34% de los niños recibió lactancia materna. La hendidura en el paladar fue la más frecuente (55%), 17.4% presentaron anomalías congénitas asociadas. Se concluyó que en el estado Mérida la elevada incidencia representa un problema de salud pública, por tanto es imperativa la elaboración de

estrategias destinadas a la prevención y el manejo integral de los niños con hendidura labio palatina.

Finalmente, Zambrano y Uzcátegui (2009) realizaron, como Trabajo de Grado para optar al título de Odontólogo en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, una investigación documental que culminó con la elaboración de un manual de orientación para padres de niños y niñas con hendidura labio palatina. Este manual, de carácter educativo y divulgativo, estuvo dirigido a fomentar los cuidados que deben tener en cuenta los padres y representantes de pacientes pediátricos con hendidura labio palatina. Los autores de este manual concluyeron que el mismo facilitó a los padres el afianzamiento de los conocimientos e instrucciones adquiridas en la interconsulta con el especialista, y a su vez sirvió de apoyo para aclarar dudas que se presentaron fuera de la consulta.

2.2. Bases Teóricas

A. Hendidura labio palatina

2.2.1. Denominaciones de hendidura labio palatina

Existe gran cantidad de denominaciones para referirse a esta malformación, entre ellas las más utilizadas son: hendidura labio palatina, fisura labial, fisura palatina, fisura palatina con labio hendido, paladar hendido, labio hendido, fisura naso-labio-alveolo-palatina y labio leporino. Este último término carece de base científica y es considerado despectivo, pues asocia la apariencia física del paciente a la familia animal de los lepóridos (conejos y liebres), en consecuencia su uso es inapropiado (Bracho y Bracho, 1987). A pesar de esto, la revisión de la literatura muestra que algunos autores siguen utilizando este término. En este trabajo se utiliza la denominación Hendidura labio palatina.

2.2.2. Definición de hendidura labio palatina

La hendidura de labio y paladar es una de las malformaciones congénitas más frecuentes que afectan las estructuras buco- faciales, principalmente ciertas zonas del macizo facial, especialmente el labio

superior, la premaxila, el paladar duro y el piso de fosas nasales. Es producida por defectos embriológicos en la formación de la cara y en gran medida altera actividades funcionales como fonación, alimentación, respiración y deglución, además el desarrollo psico-social del individuo (The Nemours Foundation, 2010; Regezi y Sciubba, 2000; Sogbe y Garcia, 1996; Habbaby; 2000).

2.2.3. Etiología

La mayoría de los casos de labio y paladar hendido presentan una etiología multifactorial (Montserrat, Zambrano, Ghanem, Cedeño y Maza, 2000; Habbaby, 2000). Ésta implica la interacción de varios agentes o factores del medio ambiente y herencia. Estos factores, según Montserrat y et al, (2000) y Sánchez y et al. (2000), son:

- **Hereditarios:** el factor herencia está presente en un 20 a 25% de los casos, como factor dominante.
- **Genéticos:** Dicho factor se describe como característica de numerosos síndromes. La mayoría de éstos se presentan con paladar hendido aislado que no involucre el labio.
- **Ambientales:** podemos mencionar las enfermedades infecciosas sufridas durante el primer trimestre de embarazo, tales como la

rubéola, otros son los agentes físicos entre los cuales se encuentran las radiaciones. Éstas pudieran producir o no la malformación de acuerdo a la intensidad, duración y frecuencia de las exposiciones de la mujer embarazada.

- **Nutricionales:** los regímenes dietéticos inadecuados han producido fisuras de desarrollo en animales. La administración de dietas bajas en riboflavina y ácido fólico en ratas grávidas, produjo también una descendencia con elevada frecuencia de hendiduras palatinas. Su deficiencia produce alteraciones de la organogénesis, apareciendo malformaciones de tipo división palatina.
- **Psicológicos:** el estrés es producido como consecuencia de infecciones, traumatismos o alteraciones psicogenéticas. El estrés genera un aumento en la actividad adrenocortical con la consiguiente liberación de cortisona. Si esta liberación se presenta durante alguna etapa de la organogénesis puede producir variados tipos de malformaciones.
- Existen otros factores que pueden aumentar el riesgo de padecer hendidura labio palatina, entre los cuales podemos encontrar los siguientes: aporte vascular deficiente en la zona afectada, alguna perturbación mecánica en la cual el tamaño de la lengua impida la unión de las partes, sustancias que circulan en el organismo como

alcohol, drogas o toxinas; debido a la manipulación inadecuada de productos químicos (insecticidas, fertilizantes, plaguicidas; en el caso de agricultores) y problemas de alcoholismo o drogadicción en la madre, durante el embarazo.

2.2.4. Clasificación de las hendiduras

Sogbe y Garcia (1996) clasifican la hendidura en cuatro grupos:

Grupo I: Hendiduras del labio solamente. Pueden ser unilaterales o bilaterales y variar desde una pequeña muesca en el borde bermellón hasta una hendidura completa del labio, extendida dentro del piso de la nariz, resultando una malformación nasal (ver Figura 1).

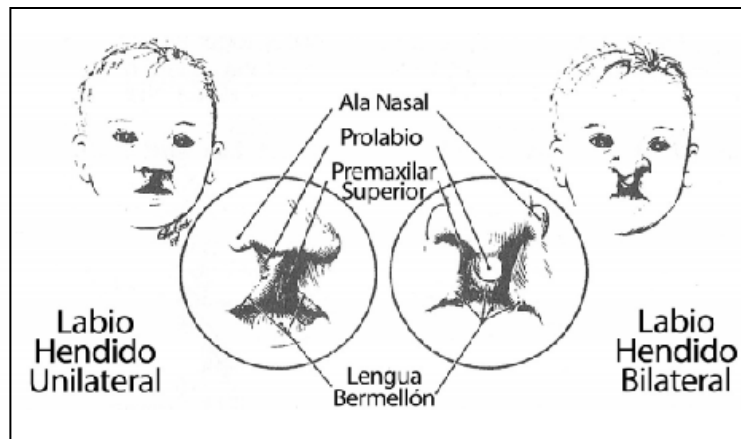


Figura 1. Hendidura labial unilateral y bilateral del labio superior. Tomado de: Fundación del paladar hendido (2008).

Grupo II: Hendiduras palatinas solamente: el labio y el reborde alveolar no están involucrados. Involucran una pequeña porción del paladar duro y

blando completo, extendiéndose hasta el área del agujero nasopalatino (ver Figura 2).

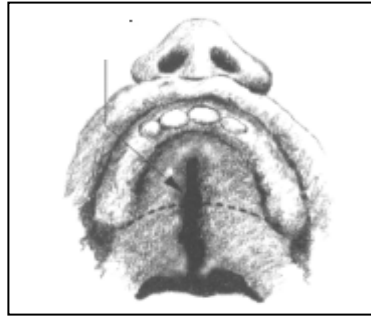


Figura 2. Hendidura palatina que involucra paladar duro y blando. Tomado de: Asociados quirúrgicos pediátricos de Texas (2008).

Grupo III: Hendiduras de labio y paladar involucrando el proceso alveolar. Pueden ser unilaterales o bilaterales, completas o incompletas, o completa de un lado e incompleta del otro (ver Figura 3).

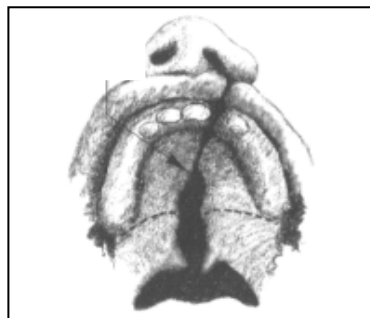


Figura 3. Hendidura unilateral completa del labio y del paladar. Tomado de: Asociados quirúrgicos pediátricos de Texas (2008).

Grupo IV: Hendiduras de labio y proceso alveolar sin involucrar el paladar: pueden ser unilaterales o bilaterales, y se diferencian de las del grupo I en

que existe una comunicación entre la cavidad bucal y nasal en su parte anterior (ver figura 4).

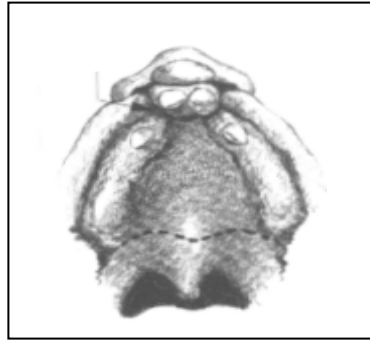


Figura 4. Hendidura bilateral del labio superior y procesos alveolares sin involucrar el paladar. Tomado de: Asociados quirúrgicos pediátricos de Texas (2008).

2.2.5. Características clínicas de la cavidad bucal y los maxilares del recién nacido

- **Labio superior:**

El labio está formado por dos superficies, una externa recubierta por piel y otra interna revestida de mucosa. En la porción interna y media del labio superior existe el frenillo labial que en más del 50% de los recién nacidos une el labio superior a la papila palatina, constituyendo el llamado frenillo labial persistente que debe auxiliar en el amamantamiento afirmando más el labio superior. Lateralmente se encuentran los frenillos o bridas laterales que auxilian la fijación del labio en el maxilar (Cátedra de

Odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela, 1996; De Figueiredo, 2000).

A diferencia del desarrollo labial del niño con hendidura, Regezi y Sciubba (2000) explican que el labio hendido presenta todos los elementos anatómicos sólo que no están bien ubicados. El labio hendido puede variar desde una fosilla o una pequeña indentación en el borde rojo labial hasta una hendidura completa que se extiende por el piso de la nariz.

- **Paladar:**

El paladar es la pared superior de la boca, constituido por la bóveda palatina, la papila palatina y las rugosidades palatinas en la porción anterior y en la porción media de anterior a posterior el rafe palatino medio (ver figura 5). En la porción posterior se encuentra la transición del paladar duro con el paladar blando, que se nota por un cambio de color, siendo este último mas rojizo (De Figueiredo, 2000).

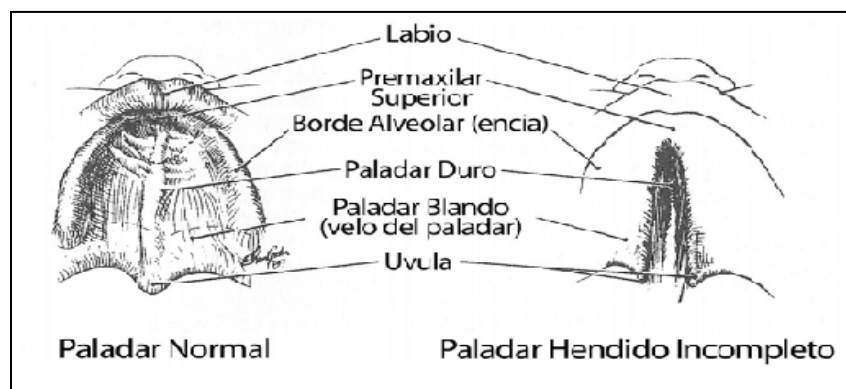


Figura 5. Paladar normal y paladar hendido incompleto. Tomado de: Fundación de Paladar Hendido (2008).

El paladar hendido representa un trastorno de la fusión de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos, bien sea la ausencia de las fuerzas de penetración, las interferencias mecánicas ejercidas por la lengua y la diferencia de tamaño de las partes afectadas (Cátedra de Odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela, 1996).

- **Tabique Nasal:**

El tabique nasal cartilaginoso se desvía hacia la dirección de la hendidura. El orificio nasal del lado contrario a la hendidura está estrechado y puede estar funcionalmente obstruido (ver Figura 6). Esta constricción se debe a la suma de desviaciones del tabique nasal y la aproximación a la base alar y la columnela. El segmento alar del lado de la hendidura suele estar estirado y aplanado. En el lado de la hendidura el segmento palatino suele inclinarse en dirección medial y superior hacia la hendidura (Cameron y Widmer, 2000).

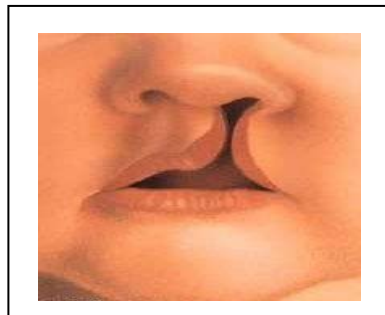


Figura 6. Desviación del tabique hacia el sitio de la hendidura. Tomado de: Odontobebé (2009).

2.2.6. Pronóstico si no se realiza el tratamiento del niño con hendidura labio palatina

El pronóstico depende de la gravedad de la enfermedad causada por la hendidura. A continuación se expresan los problemas que pueden estar presentes debido al labio y paladar hendido, según diferentes autores.

La Asociación Dental Americana (2009), Patrón, Torres, Yezioro y Benavides (2009) y la Universidad de Virginia (2010) manifiestan que los niños que tienen paladar hendido presentan alteraciones fisiopatológicas, tales como la imposibilidad para succionar. Esto se debe a que la comunicación permanente entre la boca y las fosas nasales ocasiona que los líquidos contenidos en la boca acompañen el aire que se inspira y penetren en la laringe. Este cierre oral defectuoso y el reflujo nasal originan dificultades para alimentar al niño.

En los casos de labio hendido con fisura palatina, la relación entre el orificio interno de la trompa de Eustaquio y la boca produce frecuentes infecciones en el oído medio. El factor mecánico lo constituye la irritación de los alimentos al entrar en contacto con el orificio faríngeo de la trompa de Eustaquio, lo que produce inflamaciones que cierran la luz del conducto y facilitan la infección (Patrón y col, 2009; Asociación Dental Americana, 2009; Cameron y Widmer, 2000).

Asimismo, la hendidura del labio y paladar puede causar una variedad de problemas dentales. Estos problemas incluyen el número, tamaño, forma

y posición de los dientes temporales y permanentes. Los dientes afectados más comúnmente son los que están cerca de la hendidura (Fundación del Paladar Hendido, 2006; Asociación Dental Americana, 2009).

Adicionalmente, la Asociación Dental Americana (2009) y Cameron y Widmer (2000) exponen que los niños con labio y paladar hendido suelen tener problemas significativos del desarrollo, ya que presentan imposibilidad para aumentar de peso, retardo en el crecimiento y dificultades en el habla. Patrón y col, (2009) agregan que es una alteración que puede causar neumonías.

Por otra parte, Cameron y Widmer (2000) y The Nemours Foundation (2010) expresan que debido a su diferencia facial notable, se pueden producir situaciones de rechazo que pueden causar problemas psicológicos en el niño.

2.2.7. Tratamiento de labio y paladar hendido

El tratamiento del niño con labio y paladar hendido es necesario para garantizarle una vida sana, normal y transmitirle seguridad (Cameron y Widmer, 2000). Dicho tratamiento sigue una secuencia cronológica y se requieren los conocimientos de un equipo multidisciplinario debido a la amplitud del problema y su impacto sobre el niño y sus familiares inmediatos. Por ello, el equipo terapéutico incluye: cirujanos plásticos, odontólogos

pediátricos, ortodoncistas, logopedas, cirujanos maxilofaciales, asistentes sociales y otros especialistas tales como genetistas, a los que se le consulta en casos especiales (Regezi y Sciubba, 2000).

Según Cameron y Widmer (2000) el objetivo final del tratamiento consiste en conseguir una forma y función normales, para ello se deben cumplir los siguientes objetivos específicos:

- Conseguir una arcada dental intacta y correctamente alineada, así como una oclusión estable.
- Conseguir un labio superior completo con un arco de cupido simétrico, así como reconstruir la arquitectura alar de la nariz.
- Conseguir un paladar alargado y móvil que pueda separar completamente la orofaringe de la nasofaringe.

Cameron y Widmer (2000) proponen continuidad en el tratamiento odontológico del niño con hendidura labio palatina. Explican, que por lo general, éste involucra dos etapas: la consulta inicial y el tratamiento propiamente dicho. Estas se describen con detalle a continuación:

a - Consulta inicial

Esta visita compromete a los padres y se centra en la prevención de las enfermedades dentales. En ella no sólo se deben demostrar las técnicas de

higiene bucal apropiadas para sus hijos, sino también brindar asesoramiento a los padres con respecto a los efectos nocivos de la alimentación prolongada con biberón o con el pecho materno (McDonald y Avery, 1990).

Por lo general, los especialistas en labio paladar hendidos hacen la primera evaluación dental antes de que el niño tenga dientes. El propósito de esta visita es evaluar el crecimiento de la cara, especialmente de la mandíbula, pero en todos los casos Cameron y Widmer (2000) dividen la consulta inicial en:

1. Entrevista con los padres: Esta entrevista tiene como propósito establecer un primer contacto entre el odontólogo y los padres, de manera que éstos comiencen a familiarizarse con el personal odontológico a modo de preparativo para consultas posteriores. Se recomienda establecer un diálogo relajado y orientativo, para tratar lo siguiente:
 - Los aspectos odontológicos del trastorno.
 - El curso probable del tratamiento odontológico.
 - La intervención con diversos especialistas.
 - Las probabilidades de que falte el diente normal en la zona de la hendidura y de que existan dientes supernumerarios.
 - Las probabilidades de que se produzcan anomalías morfológicas de coronas y raíces e hipoplasias.

- La importancia vital de una correcta asistencia preventiva y de las visitas periódicas al odontólogo.
2. Exploración del niño: se examina al niño y se registra el tipo de hendidura u otras deformaciones que puede presentar, así como una relación de las hendiduras labiales, alveolares y palatinas, la posible superposición de los segmentos y las distorsiones del pre maxilar. Se identifican los dientes que hayan erupcionado, así como los dientes natales o neonatales que puedan existir en la hendidura o en otras regiones.
 3. Historia médica: se debe realizar una anamnesis completa (Cameron y Widmer, 2000).

Asimismo, Cameron y Widmer (2000) sugiere realizar un protocolo para el manejo de pacientes con hendidura labio palatina, el cual incluye:

- Los registros odontológicos:

- El odontopediatría debe obtener impresiones dentales.
- Se deben obtener modelos de estudio.

- La asistencia odontológica preventiva:

- Cepillado dental.
- Aplicaciones caseras de fluoruros tópicos.

- Sellados de fisuras de dientes primarios y permanentes.
- Enseñanza de métodos de higiene oral.
- Asesoramiento dietético a los niños y los padres por parte del odontólogo infantil (y el nutricionista; si es necesario).

b - Secuencia del Tratamiento:

El tratamiento depende de muchos factores, ya que algunos niños sólo necesitan el cuidado preventivo, mientras que otros necesitan restauraciones y extracciones. Después de que empiecen a salir los dientes, el odontólogo hará los planes para el futuro cuidado dental a corto y largo plazo (Fundación del paladar hendido, 2006).

Patrón y col, (2009) presentan una guía para el manejo de la salud bucal para los pacientes con hendidura labio palatina, en diferentes etapas de su desarrollo:

- Prenatal:
 1. Información y soporte a los padres.
 2. Maximizar el apoyo familiar.
 3. Minimizar la transmisión de bacterias cariogénicas desde los padres a los niños.
 4. Dar información a los padres acerca de las opciones de tratamiento neonatal.

- Neonatal:
 1. Información y soporte a los padres.
 2. Ortopedia infantil (Obturador del paladar).
 3. Monitoreo de crecimiento y desarrollo.
 4. Prevención de caries.

- Lactante:
 1. Prevención de caries.
 2. Manejo peri-operatorio.
 3. Monitoreo en crecimiento y desarrollo.

- Lactante Mayor:
 1. Prevención de caries.
 2. Monitoreo de crecimiento y desarrollo.

- Preescolar:
 1. Prevención de caries.
 2. Monitoreo de crecimiento y desarrollo.
 3. Modificaciones del comportamiento.
 4. Manejo dental rutinario.
 5. Ortodoncia interceptiva cuando sea apropiado.
 6. Procedimientos restaurativos.

- Escolar:
 1. Prevención de caries.

2. Monitoreo de crecimiento y desarrollo.
 3. Modificaciones del comportamiento.
 4. Manejo dental rutinario.
 5. Ortodoncia interceptiva cuando sea apropiado.
 6. Procedimientos restaurativos.
 7. Preparación para el injerto óseo alveolar cuando sea necesario.
 8. Guía de higiene oral.
- Adolescente:
 1. Higiene oral.
 2. Prevención periodontal.
 3. Soporte durante el manejo ortodóntico completo.
 4. Prevención de caries.

2.2.8. Utilización de dispositivos intraorales en el niño con labio y paladar hendido

Algunos expertos en paladar hendido recomiendan el uso de la placa palatina, también conocida como obturador del paladar o prótesis del paladar (ver figuras 7 y 8), especialmente en aquellos casos en que las hendiduras son muy anchas. Éstas se realizan tomándole una impresión al bebé para crear una placa en base al modelo, la cual encajará sobre el paladar para

proveer un sello parcial entre la boca y la cavidad nasal. El odontólogo es el encargado de realizar esta labor, por lo que se debe acudir inmediatamente a éste al momento de nacer el bebé (Habbaby, 2000).

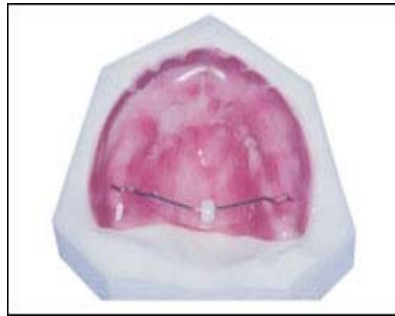


Figura 7. Obturador del paladar. Tomado de: Wirtz (2007).



Figura 8. Vista lateral del obturador del Paladar. Tomado de: Wirtz (2007).

Horas después de nacido el niño con hendidura labio palatina, el odontopediatra debe colocar la placa obturadora que facilitará la alimentación del niño. Esta placa de acrílico debe ser remplazada cada 15 días durante los 6 primeros meses de vida del lactante. A partir de los 6 meses se reemplazará cada 30 días aproximadamente (Hababby, 2000).

A través de la placa se conseguirán los estímulos adecuados para facilitar la coordinación entre las funciones respiratorias, la succión y la deglución, a la vez servirá de estímulo para la preparación del habla (Hababby, 2000).

Las funciones de la placa de acrílico, según Hababby (2000), son:

1. Permitir una correcta alimentación con pecho o biberón.
2. Mejorar la posición de la lengua evitando que ésta se introduzca en la fisura con lo cual aumentará su tamaño.
3. Permitir que los procesos palatinos se horizontalicen y confluyan hacia la línea media.
4. Separar la cavidad nasal de la bucal, permitiendo una correcta función respiratoria.
5. Estimular el velo del paladar para que asegure el cierre posterior evitando así regurgitaciones, aspiraciones de alimentos, rinitis crónica o neumonías aspirativas.
6. Remodelar segmentos maxilares y aproximar los bordes de la hendidura para su cierre.

2.2.9. Alimentación del bebé con labio y paladar hendido

Los lactantes con labio y paladar hendido tienen problemas para alimentarse. Sin embargo, se recomienda en primer lugar, la alimentación

con leche materna, ya que ésta contiene todos los nutrientes que él necesita para su desarrollo. Cuando esto no sea posible, puede utilizarse la leche de fórmula apropiada para su edad. En algunos casos, pueden añadirse suplementos a la leche materna o a la fórmula para ayudar a que el bebé satisfaga sus necesidades calóricas (Universidad de Virginia, 2010).

El periodo de crecimiento más rápido en los humanos ocurre durante los primeros seis meses de vida. En general, el peso al momento de nacimiento se duplica en los primeros seis meses y se triplica al cumplir un año. En consecuencia, las necesidades nutricionales están en este período en un nivel muy alto (McDonald y Avery, 1990).

Para que los alimentos sean impulsados hacia el esófago, es necesario que se produzca en la boca una verdadera presión aérea negativa, la cual está dada en la parte anterior por la unión de los labios, hacia los lados por el cierre de las arcadas dentarias y los carrillos, y hacia abajo, por la lengua y tejidos que forman el piso de la boca y hacia arriba por el paladar.

Sin embargo, en los niños con hendidura labio palatina se pierde la presión aérea produciendo un escape del alimento hacia las fosas nasales y regurgitación de los líquidos. Por esta razón, el niño sufre de vómitos, pierde elementos hidrosalinos y se deshidrata (Cátedra de Odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela, 1996). Por ello, se recomienda que la alimentación, sea ésta materna o artificial, debe hacerse en posición vertical, ya que alimentar a un lactante con hendidura labio palatina puede

resultar complicado. El labio hendido puede dificultar la succión durante la lactancia, mientras que el paladar hendido puede provocar que la leche penetre en la cavidad nasal, para disminuir dichas complicaciones se deben seguir ciertas recomendaciones, tanto para la alimentación materna como artificial.

Recomendaciones para amamantar al bebé con hendidura labio palatina:

La lactancia materna se reconoce como el mejor método de alimentación del bebé, y puede ser probablemente la única alimentación del niño en sus primeros cuatro a seis meses de vida (McDonald y Avery, 1990).

Sin embargo, Zambrano y Uzcátegui (2009) manifiestan que hay desacuerdo sobre cuál es el mejor método a emplear para llevar a cabo la alimentación en niños con hendidura labio palatina. En este sentido, la mayoría de los profesionales que han tratado a los niños con paladar hendido han concluido que es difícil que se logre el éxito amamantando directamente al bebé desde el pecho de la madre, y recomiendan que los bebés sean amamantados con la leche materna en biberón, pues será difícil que el bebé pueda succionar sin recibir ayuda (ver Figura 9).



Figura 9. Bebé con hendidura labio palatina siendo alimentado con un biberón.
Tomado de: St.Joseph's Children's Hospital of Tampa (2010).

A pesar de ello, es posible que la madre amamante a su bebé, siempre que cumpla con las siguientes medidas, según concuerdan en afirmar la Fundación del paladar hendido (2006) y Zambrano y Uzcátegui (2009):

1. Utilizar un extractor de leche eléctrico, para ayudar a mantener el suministro de leche (ver Figura 10).



Figura 10. Extractor de leche eléctrico. Tomado de: Cuidado infantil (2008).

2. Colocar al bebé en una posición vertical o recostada ayudará a reducir la cantidad de regurgitación nasal (ver Figura 11). La madre puede

elevant una o ambas piernas en un taburete o apoyar al bebé en una almohada para mayor comodidad.



Figura 11. Posición vertical del bebé al ser amamantado. Tomado de: *Bebé y más* (2009).

3. Realizar masajes en el pecho antes de amamantar para ayudar con el pase de la leche, lo cual permitirá que la leche fluya más fácilmente (ver Figura 12).



Figura 12. Masaje oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica. Tomado de: *Asociación Aragonesa de apoyo a la lactancia materna* (2004).

4. Ejercer presión sobre la areola con los dedos para hacer que el pezón lleno sobresalga (ver Figura 13).



Figura 13. Ejercer presión sobre la areola. Tomado de: *Cuidado Infantil* (2008).

5. Sostener el pecho con la mano entre el pulgar y el índice, asegurándose de que el labio inferior del bebé esté doblado hacia afuera y que la lengua esté debajo del pezón (ver Figura 14).

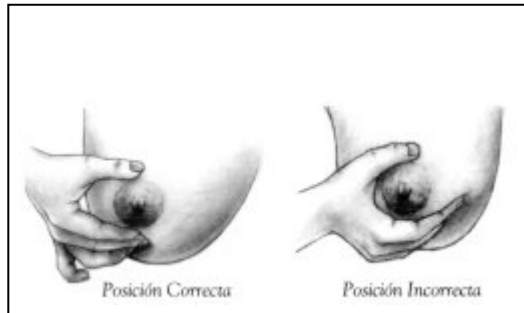


Figura 14. Posición del dedo índice y pulgar al amamantar. Tomado de: Asociación Aragonesa de Apoyo a la Lactancia Materna (2004).

6. En caso de que exista regurgitación nasal, se debe dejar de amamantar al bebé por un momento para que el niño pueda toser y estornudar, además se debe limpiar cuidadosamente la nariz y la boca del bebé con un paño húmedo. Este tiempo de pausa le permitirá al bebé destapar las vías nasales para continuar su alimentación.
7. Se recomiendan ingestas frecuentes y cortas, que no deben tardar más de 30 minutos. Este proceso puede ser lento y frustrante; sin embargo, el bebé recibirá más calorías y, de esta manera, aumentará de peso. En cuanto a la frecuencia, se debe tratar de alimentar al bebé en intervalos de 3 a 4 horas, preferiblemente en horarios fijos.

Recomendaciones para la alimentación artificial del bebé con hendidura labio palatina:

Existen dispositivos para facilitar la lactancia, como el obturador palatino, el cual además de evitar que los alimentos se introduzcan a las fosas nasales favorece la estimulación de los tejidos para producir el cierre de la hendidura palatina.

Es responsabilidad del especialista informar a los padres sobre las técnicas, tipo de biberón y tetinas más adecuados para alimentar al niño. Normalmente se recomienda el uso de un biberón blando y una tetina especialmente adaptada para facilitar la salida del líquido. Sin embargo, siempre es recomendable seguir una serie de recomendaciones, como las siguientes:

- En la alimentación artificial del bebé con labio y paladar hendido conviene, al igual que en la alimentación materna, que esté en posición erguida para reducir el riesgo de regurgitación nasal (Cameron y Widmer, 2000; Zambrano y Uzcátegui, 2009).
- Para alimentar al bebé se debe colocar la tetina hacia el vestíbulo de la cavidad oral a un lado de la boca, para que el flujo de leche no sea dirigido hacia la hendidura. De esta manera, el bebé podrá apretar la tetina entre la lengua y la encía superior (Zambrano y Uzcátegui, 2009).

- Se debe inspeccionar las tetinas, ya que el uso de una tetina deteriorada puede ser peligrosa para el bebé. Si la tetina está deformada, se vuelve pegajosa, o se agrieta es necesario desecharla y usar una nueva. También es necesario realizar una correcta limpieza de biberones y tetinas.
- Para limpiar las tetinas y biberones se deben seguir las siguientes recomendaciones:
 - Lavar las tetinas y biberones en agua jabonosa tibia, luego enjuagar y secar al aire.
 - Asegurar que la válvula de aire y el corte de la tetina estén libres de leche.
 - No hervir en agua la tetina, ni colocarla en el horno microondas o en el lavaplatos.

En cuanto a los biberones y tetinas que pueden favorecer la alimentación del bebé con paladar hendido, Zambrano y Uzcátegui (2009) recomiendan los siguientes:

1. Tetina NUK: está elaborada con látex natural puro, blando y suave, la tetina en su parte superior tiene forma arqueada, la cual presiona contra el paladar y sella la fisura, permitiendo el flujo de leche hacia

los pliegues de las mejillas. Puede colocarse en cualquier biberón de cuello estándar (ver figuras 15 y 16).



Figura 15. Tetina Nuk. Tomado de: Farmacia Internacional (2010).



Figura 16. Tetina Nuk. Tomado de: Farmacia Internacional (2010).

2. Tetina para fisura palatina: es una tetina de puro caucho hecha a mano, con un escudo flexible adherido sobre la tetina que ha sido diseñado para que se adapte a la parte superior de la cavidad bucal y de esta manera cubrir al paladar, permitiendo alimentar al bebé de una forma correcta (ver figura 17).



Figura 17. Tetina para fisura palatina. Fuente: Propia (2010).

3. Mead Johnson Nurser®: es un biberón blando, de plástico, que se debe apretar suavemente mientras el bebé succiona, haciendo una pausa mientras el bebé traga. Esta práctica ayuda a seguir el propio ritmo del bebé y asegura que no aspire la leche a los pulmones (Fundación del paladar hendido, 2006). El biberón tiene una tetina grande con un corte cruzado (ver figura 18).



Figura 18. Biberón Mead Johnson. Tomado de: Cleft Palate Foundation (2009).

4. Haberman Feeder®: es un biberón especialmente diseñado con una válvula que ayuda a controlar el aire que el bebé toma para impedir que la leche regrese al biberón (ver figura 19).



Figura 19. Biberón Haberman Feeder®. Tomado de: Romed medikal ve ortopedi (2008).

5. Tetina estándar: Se pueden utilizar en el hogar, facilitan la alimentación y son fáciles de confeccionar. (ver figura 20).



Figura 20. Tetinas estándares. Tomado de: atemprana (2010).

Sugerencias que se ofrecen en la cátedra de Odontopediatría de la Universidad de Los Andes:

1. Seleccione una tetina estándar.
2. Volteé la tetina de adentro hacia fuera.

3. Utilice una tijera para cortar una abertura en forma de “x” en la punta de la tetina, vuelva a voltear la tetina de afuera hacia adentro.
4. Colóquela en el biberón y haga la prueba de succión en el bebé. El tamaño de la abertura puede ser aumentado si lo desea.

Otra opción es:

1. Seleccione una tetina estándar.
2. Volteé la tetina de adentro hacia fuera.
3. Utilice tijera para hacer una abertura a cada lado de la tetina. Vuelva a voltear la tetina de afuera hacia adentro.
4. Colóquela en el biberón y haga la prueba de succión en el bebé. El tamaño de la abertura puede ser aumentado si lo desea.

Alimentación de niños con labio y paladar hendido a partir de los seis meses de edad.

Los bebés con hendiduras deben de avanzar sus dietas para cereal o alimentos sólidos de la misma forma que lo hacen los bebés sin hendiduras (Houston Plastic and Craniofacial Surgery, 2009). Los padres deben adoptar la inclusión progresiva en la dieta de los niños de alimentos sólidos desde la aparición de los primeros dientes, para un correcto desarrollo craneofacial y al ajuste maxilar, ya que la excesiva alimentación con alimentos triturados,

purés o papillas puede generar un trastorno en el crecimiento de la dentadura (Barbería, 2001).

Es importante considerar que la dieta es uno de los principales factores promotores de caries, por ello es necesario orientar a los padres, ya que es habitual que éstos desconozcan el potencial cariogénico de algunos alimentos que tienen altos contenidos de azúcares o elementos que puedan ser desdoblados y que serán capaces de formar ácidos cuando los microorganismos de la placa estén presentes (Barbería, 2001). Por tanto, el odontólogo debe dar recomendaciones nutricionales sobre el control de la ingesta frecuente de alimentos con altos contenidos de carbohidratos refinados, especialmente la sacarosa (Cátedra de Odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela, 1996).

También se debe recomendar a los padres que la hidratación habitual sea mediante agua, ya que la ingesta frecuente y continua de zumos de frutas, naturales o envasados, puede ser perjudicial para la salud bucodental de los niños debido a su alto contenido en ácidos (Barbería, 2001). El odontólogo también debe aconsejar a los padres sobre la importancia de la dieta para mejorar el estado general de nutrición del niño. Al respecto, la Cátedra de Odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela (1996) ofrece las siguientes recomendaciones:

- Una alimentación balanceada que incluye alimentos de los 5 grupos básicos, lo cual disminuirá la ingesta entre comidas.
- Recomendar la sustitución de alimentos cariogénicos entre comidas por otros no cariogénicos, entre los que se sugieren los huevos, quesos de varios tipos, jamón, nueces, maní, legumbres crudas y frutas, debido a que elevan el pH de la saliva por encima de 6.
- El consumo de dulces debe hacerse al terminar de comer en vez de entre comidas.

2.2.10. Higiene bucal del niño con hendidura labio palatina

Los niños que nacen con labio y paladar hendido requieren de un programa de higiene bucal preventivo sistemático que debe ser indicado lo más temprano posible ya que tienen mayor riesgo de padecer caries. Por tanto, a medida que erupcionan los dientes se recomiendan frecuentes visitas al odontólogo (Cherfên, Gómez, Abreu, Soto, Leonelli y De Melo, 2009; The Nemours Foundation, 2010).

Con frecuencia los padres deben asumir la responsabilidad de la higiene oral del niño en su hogar durante todo el proceso de rehabilitación, sin embargo, deben ser asesorados para brindar a sus hijos buenos cuidados e inculcar en ellos sanos hábitos de salud bucal (McDonald y Avery, 1990). Por lo que, los padres deben contar con el apoyo de los especialistas, siendo

esto último determinante para que dichos niños tengan una buena salud bucal (Cherfên et al, 2009).

Al respecto, la Fundación del Paladar Hendido (2006) indica que con el cuidado apropiado los niños que nacen con hendidura labio palatina pueden tener dientes sanos, disminuyendo la aparición de enfermedades como caries dental y enfermedad periodontal, siempre que se les aplique una eficaz técnica de cepillado, buena nutrición, enjuagues bucales y tratamientos con fluoruros.

Procedimientos de higiene bucal en el niño con hendidura labio palatina

La limpieza bucal del niño con hendidura labio palatina es igual a la de un niño sano. Debe iniciarse prácticamente desde que nace (Barbería, 2000). Para efectuar los procedimientos de higiene bucal en el bebé, se sugiere hacerlo sobre un soporte físico seguro y conveniente. El padre debe tenerlo en brazos, con uno de los brazos del niño pasado hacia la espalda del padre o la madre. De esta manera, éstos podrán estabilizar la mano libre del bebé y usar la otra mano para las técnicas higiénicas (McDonald y Avery, 1990)

Los padres deben limpiar con una tela húmeda o con un trozo de gasa enrollado sobre el dedo índice los dientes y las encías, con movimientos lentos y cuidadosos en todas las oportunidades (ver Figura 21). Cuando erupcionan más dientes y el bebé se acostumbra a la rutina de limpieza

diaria, se puede incluir el uso de hilo de seda dental, según su necesidad de acuerdo a la presencia de espacio entre los dientes.

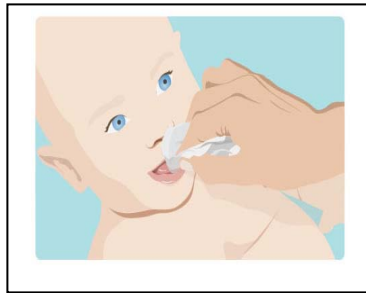


Figura 21. Higiene bucal de bebé con un trozo de gasa estéril sobre el dedo índice. Tomado de: Dentaïd (2009).

Recomendaciones para el cepillado del niño

Los niños con hendiduras bucales necesitan: cepillado regular y limpieza con hilo dental (Fundación del paladar hendido, 2006; The Nemours Foundation, 2010). Es importante que el cepillado de los dientes sea realizado con cepillos de cerdas suaves para no lastimar los tejidos y favorecer la circulación (The Nemours Foundation, 2010). Para lograr esto, actualmente pueden encontrarse en el mercado gran cantidad de cepillos con características apropiadas para los dientes infantiles: tamaño apropiado para la dentición, pequeño, de mango recto, de 10 a 12 penachos de fibras de nylon y puntas redondeadas (Barbería, 2001).

Pero en cualquier caso en el niño menor de 3 años, los padres deberán realizar la totalidad del trabajo de cepillado. Por lo que los padres son los

encargados de desarrollar un hábito en la limpieza de los dientes de sus hijos y deben estar al tanto de las técnicas de cepillado y el uso de la seda dental para favorecer la eliminación de la placa en el hogar (Barbería, 2001).

A medida que erupcionan los dientes, los padres deben abordar sistemáticamente el cepillado dental comenzando con un área de la boca y progresando de modo ordenado hasta que todas las áreas estén libres de placa, lo cual se realiza mejor con un cepillo húmedo de cerdas suaves (McDonald y Avery, 1990).

Barbería (2001) propone realizar el cepillado siguiendo estos pasos:

1. Comenzar el cepillado siempre por la misma arcada y por el mismo lado.
2. Limpiar todas las superficies vestibulares de una arcada y después todas las linguales.
3. Terminar con las superficies oclusales.
4. Cepillar la lengua.
5. Utilizar la seda dental.
6. Enjuagar y eliminar los restos.

También es importante seguir las siguientes recomendaciones:

- Posición del niño: la posición de *Starkey* es considerada la ideal. Consiste en que el niño permanezca de pie, de espalda a la persona

que ejecutará el cepillado, apoyando la cabeza sobre el abdomen del adulto, para que éste, con la mano izquierda, controle los labios y las mejillas y con la derecha proceda al cepillado (Guedes-Pinto, 2003).

- Apertura de la boca: se debe deslizar el dedo índice de la mano izquierda a lo largo del vestíbulo inferior presionando al final de éste.
- Control de los movimientos: con los dedos y la mano izquierda podemos retirar los labios y las mejillas y controlar los movimientos de la cabeza (Barbería, 2001).
- Dentífrico: no debe utilizarse en niños menores de 3 años, ya que dificulta la visión de los dientes y estimula la secreción de saliva. Su uso crea desasosiego y además puede ser ingerido (Barbería, 2001).

Cuando el padre observa que el niño empieza a desarrollar destrezas para realizar la higiene bucal por sí mismo, puede permitirle realizarla con supervisión, hasta que el padre considere que el niño tiene la total habilidad para efectuarla. Sin embargo, es de vital importancia la utilización de una correcta técnica de cepillado.

Técnicas de cepillado

Las técnicas de cepillado son diversas, algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realiza. Además, pueden

combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar. Estas técnicas son: técnica circular o rotacional, la técnica Charters, la de Stillman, la de Bass y la de Fones.

No existe una técnica de cepillado especial para los niños con labio y paladar hendido, por ello se describirán las dos técnicas más utilizadas en niños, como lo son la de Fones y la de Stillman modificada.

Guedes-Pinto (2003) refiere *la Técnica de Fones*, muy recomendada para niños de edad pre-escolar ya que requiere de poca destreza motriz. En esta técnica los movimientos son circulares en las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes y antero posteriores en las superficies oclusales e incisales. Para realizar esta técnica por vestibular se recomienda que el niño o el representante sujete el cepillo dental fijamente y realice movimientos circulares de un lado a otro de la hemiarcada. En esta fase el niño puede permanecer con la boca cerrada, lo cual es cómodo y evita que ingiera la crema dental. Posteriormente, debe ejecutarse por palatino, donde el niño debe permanecer con la boca abierta y el cepillo debe colocarse verticalmente, ejecutando movimientos de gingival hacia incisal.

Higashida (2000) y Guedes-Pinto (2003) describen la técnica de Stillman modificada que está indicada en niños en edades escolares, de más de 7 años de edad, siendo indicada cuando los niños muestran una mejor habilidad manual y presentan más interés y motivación:

- 1) Se toma el cepillo en el fondo de la encía.

- 2) Se hacen movimientos de arriba hacia abajo aproximadamente 15 veces en la parte anterior de todos los dientes.
- 3) Para la parte interna de los molares coloca el cepillo en un ángulo de 45° apoyado en la línea de las encías realizando movimientos cortos de arriba hacia abajo sin ejercer presión.
- 4) En la parte interna de los dientes antero inferiores y superiores se coloca el cepillo vertical, efectuando movimientos cortos de vaivén (de adentro hacia afuera).
- 5) Las superficies masticatorias se cepillan en forma circular.

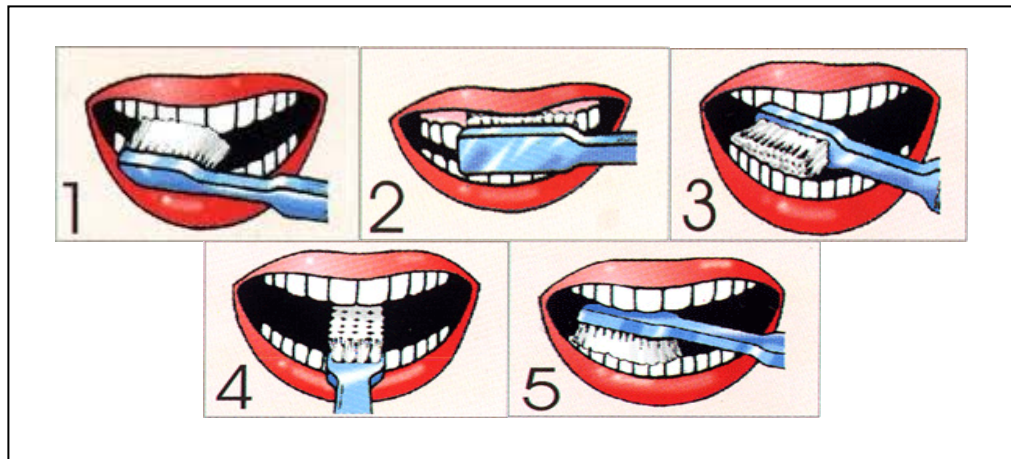


Figura 22. Técnica de cepillado Stillman modificada. Tomado de Saúde Bucodental (2008).

Enjuagues bucales

Los agentes antimicrobianos, como método auxiliar, son esenciales para el control químico de la placa bacteriana en pacientes diagnosticados de

alto riesgo a caries y enfermedad periodontal (Infante y Marchena, 2008), como es el caso de los niños con hendidura.

Por ello, el uso del enjuague bucal se debe utilizar en la rutina diaria de higiene oral, luego de haberse realizado el cepillado dental. Es tan importante como el cepillado correcto y el uso de la seda dental. El enjuague bucal contiene flúor, entre otros ingredientes activos, el cual es un mineral esencial para la salud dental con alto poder antiséptico, que endurece el esmalte y hace a los dientes más resistentes a la caries (Procuraduría federal del consumidor, 2008).

Fluoruros

El papel del flúor en la prevención de la caries dental está ampliamente demostrado. Su efecto sobre la estructura dentaria puede venir por vía sistémica, mejorando la estructura cristalina y aumentando el nivel de fluorhidroxiapatita en el esmalte, o por vía tópica con marcado efecto de remineralización de las lesiones precoces en la superficie. Este efecto de remineralización es de suma importancia a la hora de tratar esmaltes descalcificados (Varela, 1999).

Si bien no se conocen del todo los mecanismos precisos por los que se previene la caries dental con fluoruros, se considera que son tres: aumento de la resistencia de la estructura dental a disolución por ácidos, fomento de la

remineralización y disminución del potencial cariogénico de la placa bacteriana (Pinkham, 1991).

En estudios realizados por Tahir y Brandt (1998) así como Cheng, Moor y Ho (2007) se indica que el cuidado dental es más importante en pacientes con labio y paladar hendido comparado con pacientes sin hendidura, sobre todo en los niños, por lo que se considera que esta población requiere del empleo de estrategias para la prevención temprana de caries como es el caso de aplicaciones tópicas de fluoruros.

Aplicación tópica de fluoruros:

La aplicación tópica de fluoruros en gel como el fluoruro fosfato acidulado al 2% y el fluoruro de sodio al 2% son métodos de prevención empleados por los odontólogos, de especial recomendación en niños con labio paladar hendido debido al riesgo de caries que presentan estos individuos (Pinkham, 1991).

La aplicación tópica de fluoruro requiere de una profilaxis en la primera aplicación, con la finalidad de mantener la capa de fluoruro de calcio que se ha formado. Luego debe realizarse un aislamiento relativo con rollos de algodón, secar el área a ser beneficiada, aplicar el gel con un hisopo y dejarlo actuar de uno a cuatro minutos. No se debe dejar de aplicar el gel en las superficies proximales con el auxilio del hilo dental. Finalizada la aplicación, el niño deberá escupir todo el exceso de gel que pueda

permanecer en la boca y debe ser orientado a no ingerir alimentos durante los próximos treinta minutos (Guedes-Pinto, 2003).

Sellantes de fosas y fisuras

Los niños con labio y paladar hendido tienen mayor riesgo de padecer caries, por tanto en estos pacientes la necesidad de prevención es más importante que en otros y ameritan de la aplicación de tratamientos con fluoruro y sellantes (Cherfên et al, 2009; The Nemours Foundation, 2010; Koch, Modeer, Poulsen y Rasmussen, 1994).

Koch y col, (1994) explican que el sellado de fisuras es aceptado como un método seguro y eficaz para la prevención y tratamiento de caries iniciales en fosas y fisuras. En esta técnica se debe remover la placa con una suspensión de piedra pómez en agua y una rueda de goma o bien un instrumento aeroabrasivo, luego la suspensión se elimina con aerosol aire-agua, se debe realizar aislamiento relativo con rollos de algodón, se aplica la sustancia para el grabado con una esfera de algodón o cepillito y se deja por un minuto aproximadamente, después se quita con profuso rocío de agua y se seca seguidamente con aire comprimido; se aplica el sellador con un cepillo y se cubren todas las áreas de fosas y fisuras, el tiempo depende del tipo de sellador.

B. Educación para la salud

2.2.11. Definición de Educación para la salud

La educación para la salud es un proceso que promueve la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (OMS, 1998, citado en Redondo, 2004).

Tiene relación con los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y las actividades relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reintegración del paciente a su vida social y productiva. (Nutbean, 1996; Greene y Bruce, 1988; Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004; Álvarez, 2005; citados en Escobar, Aguirre, Díaz, León, Moreno y Soto, 2009).

La educación para la salud ha sido utilizada de manera especial para promover estilos de vida saludables con el fin de evitar el avance de la enfermedad y como complemento del tratamiento farmacológico, con miras a mejorar la calidad de vida del paciente y evitar posibles complicaciones (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2009; citado en Escobar y col, 2009).

2.2.12. Educación para la salud como proceso educativo

La educación para la salud implica la transmisión de un mensaje entre emisor y receptor, por lo tanto constituye un proceso de comunicación (ver Figura 23).

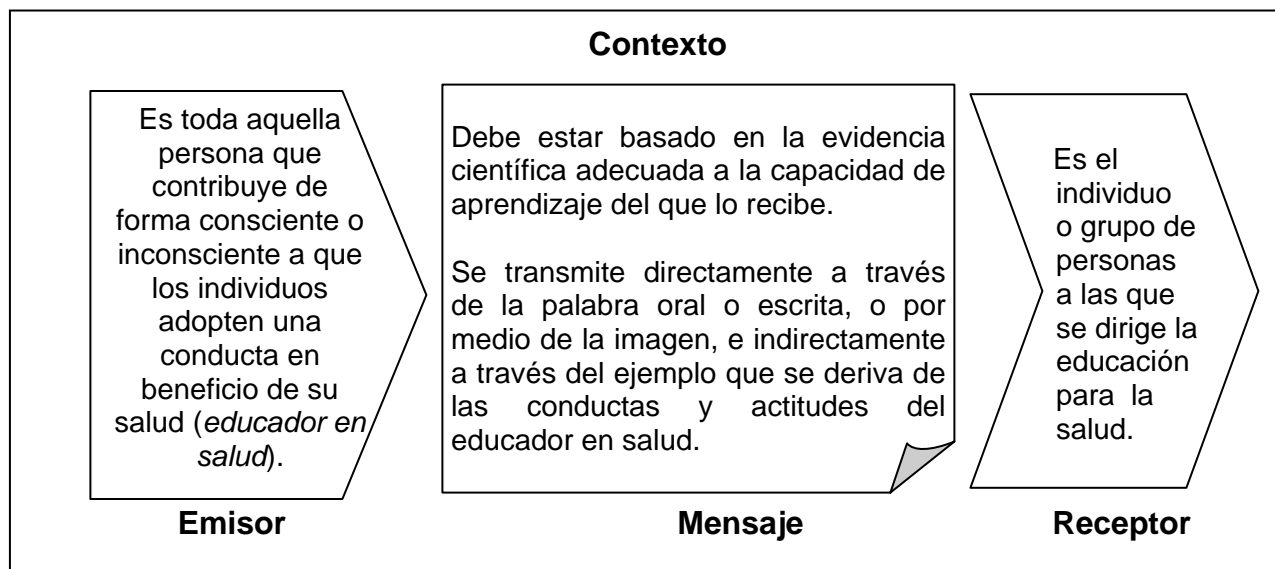


Figura 23. Educación para la salud como proceso de comunicación. Adaptado de: Redondo (2004).

De este modo, la educación para la salud tiene por objetivo la modificación (en sentido positivo) de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades. Igualmente, se considera como un fenómeno pedagógico que implica un proceso de enseñanza aprendizaje (Redondo, 2004).

En este sentido, existen diversas teorías de aprendizaje que intentan explicar el modo en que el cerebro del ser humano aprende y la forma como

el aprendizaje ocurre y tienen importantes implicaciones para las situaciones en las cuales se desea facilitar cambios en lo que la gente conoce o hace. Estas teorías parten de diferentes enfoques como el conductismo, el cognitivismo y el constructivismo, entre otros.

- **El conductismo** tiene sus bases en la psicología y está orientado a la predicción y control de la conducta, tratando sólo los eventos observables que pudieran definirse en términos de estímulos y respuestas; siendo éstas predecibles, manipulables y controlables (Navarro, 1989, citado en Guerrero y Flores, 2009). El método es en esencia, el de la fijación y control de los objetivos instruccionales formulados con precisión y reforzados en forma minuciosa para adquirir conocimientos, destrezas y competencias en forma de conductas observables. Sus autores más importantes son Pavlov, Watson, Skinner y Hull (Flórez, 2001).
- **El cognitivismo** enfatiza la adquisición del conocimiento y estructuras mentales internas, se dedica a la conceptualización de los procesos del aprendizaje y se ocupa de cómo la información es recibida, organizada, almacenada y localizada; en donde el énfasis se basa en promover el procesamiento mental. Se considera que los pensamientos, las creencias, las actitudes y los valores también influyen en el proceso de aprendizaje (Ertmer y Newby, 1993).

- **El constructivismo** es una teoría que equipara al aprendizaje con la creación de significados a partir de experiencias, se fundamenta en que la mente filtra lo que llega del mundo para producir su propia y única realidad. El conocimiento no se transfiere del mundo externo hacia la memoria; más bien se construyen interpretaciones personales del mundo basados en las experiencias e interacciones individuales. En consecuencia, las representaciones internas están constantemente abiertas al cambio (Ertmer y Newby, 1993).

Cada perspectiva del aprendizaje se aborda en términos de su interpretación específica del proceso de aprendizaje. De esta manera, el video se adapta a la teoría del conductismo porque se presentan estrategias útiles para construir y reforzar asociaciones estímulo-respuesta. Debido a que el conductismo se usa como base para el diseño de muchos materiales audiovisuales, dan lugar a nuevas técnicas relacionadas con la enseñanza.

2.2.13. Materiales educativos para la educación en salud

Fandos, Jiménez y González (2004) agrupan los medios educativos, de un modo práctico, en tres categorías:

1. Medios impresos

Guías didácticas.

Material impreso.

El periódico.

2. Medios audiovisuales

Transparencias.

Video.

3. Medios basados en las nuevas tecnologías

Video Interactivo.

Tutoriales.

Simulación.

Sistemas Expertos.

Hipertexto e Hipermedia.

Medios de formación abierta.

Al mismo tiempo, Fandos y col. (2004) explican que se debe evitar la elección o empleo de un medio en lugar de otro más adecuado por falta de conocimiento técnico. Para escoger el medio más adecuado recomiendan considerar que las funciones que pueden desempeñar los medios en una situación didáctica van a venir dadas por la propia potencialidad del medio y por el papel que se le asigne o que pueda asumir en el propio proceso de enseñanza-aprendizaje.

2.2.14. El video

Fandos et al. (2004) indican que el video hace referencia a la información visualizable (imagen) asociada al sonido (audio). Sus soportes son la cinta magnética, CD y DVD. Es un medio acumulativo (imagen + sonido) que permite la grabación y emisión audiovisual de un modo sencillo.

En relación a sus funciones educativas, Bravo (1996) indica que un video educativo es aquel que cumple un objetivo didáctico previamente formulado. En este sentido Pozú (2009) manifiesta que el video es un recurso, entre muchos otros, que puede ser usado como parte de una estrategia educativa que facilite el aprendizaje. El 80% de las señales recibidas diariamente por una persona son percibidas en realidad por su sistema visual, por tanto, un modelo de aprendizaje en el que se pueda trabajar con imágenes facilitaría el proceso de inducción de conocimiento.

Pero para que el video logre captar toda la atención del receptor se necesita profundizar en el dominio del lenguaje audiovisual y tener creatividad e imaginación para dar forma a los contenidos que mantendrán enganchada a la audiencia, movilizando sus conocimientos, percepciones, sentimientos (Pozú, 2009). En este sentido el personal técnico que labora en la producción del video requiere el conocimiento de técnicas de grabación, producción y aplicación (Fandos et al. 2004).

2.2.15. Producción del video

En la producción del video es imprescindible, según el tema y el enfoque educativo, seleccionar y definir al público objetivo (Pozú, 2009). Debe considerarse que los intereses y necesidades de dicho público deben ser delimitados para elaborar una idea específica que permita al público objetivo introducir, profundizar o ampliar sus conocimientos en una temática específica.

Para cumplir con los objetivos educativos del video, el especialista en diseño de contenidos debe involucrarse en todo el proceso de la producción, a fin de garantizar que la idea, el mensaje y el conocimiento se traspase correctamente al lenguaje audiovisual (Pozú, 2009).

El proceso de producción del video está integrado por tres grandes etapas: *la pre-producción, la realización y la post-producción.*

a) La pre-producción

Supone un conjunto de etapas y tareas que deben tomarse en cuenta a la hora de preparar un video. Se pueden resumir en dos: *elaboración del guión y planificación de la producción.*

- **Elaboración del Guión**

Se trata de la estructuración de la idea original y se desarrolla en una serie de pasos. En primer lugar, se define el tema. Para ello, se elaboran los contenidos principales del video, se establece el punto de vista, los objetivos a lograr con su producción, tratamiento, formato, público, duración, financiamiento, entre otros. Posteriormente, se realiza la recolección de información de base para la elaboración de los contenidos. Luego se procede a la guionización, que consta de la sinopsis de guión, el guión literario, el guión técnico y el story board. Finalmente, se ejecuta el plan de rodaje, para ello, se estructura un cronograma de realización según fechas y ambientes seleccionados para el registro de imágenes y actores. (Pozú, 2009; Bravo, 1996).

Sinopsis de guión

Es la presentación a grandes rasgos y de la forma más clara posible del contenido de la producción a realizar. Se pueden considerar sinopsis los trabajos breves que presentan un determinado proyecto en forma resumida antes de la realización del guión y pueden utilizarse para presentar la obra posteriormente a su realización (Bravo, 1996).

El guión literario

Consiste en la presentación narrativa y ordenada de las acciones y diálogos, estructurado en secuencias y dispuesto a ser llevado a la pantalla. El guión literario ante todo ha de ser lingüísticamente sencillo y formalmente directo; debe omitir los detalles y situaciones secundarias que recargan la acción y retardan la culminación del relato (Bordwell, Staiger y Thompson, 1997).

El guión técnico

Todos los guiones literarios deben ser transformados y adaptados a términos que permitan su comprensión por los equipos técnicos y artísticos que intervienen en su realización, y sobre todo, por el director de producción que con su equipo organizará la participación de todos los medios precisos para llevar a cabo el proyecto.

El director es quien transforma el guión literario en guión técnico. Este cambio sólo puede realizarlo una persona que domina el lenguaje audiovisual y las reglas expresivas, que conoce las disponibilidades profesionales humanas y técnicas, que sabe el margen de maniobra que tiene para adoptar unas u otras resoluciones.

En tal sentido, el guión técnico se define como el reflejo de todas las indicaciones a considerar en el momento de la planificación, de ejecución y de montaje del video, y contiene una segmentación de la obra en escenas y secuencias, además anotaciones referidas a iluminación, decorados, maquillaje, vestuario, que facilitarán el logro de la expresividad buscada (Fernández y Martínez, 1998).

El guión técnico (Fernández y Martínez, 1998) se compone de los siguientes elementos:

- Número de secuencia.
- Los planos numerados según la cronología de la narración.
- Las especificaciones técnicas propias de cada plano (duración, escala, angulación y movimientos de cámara).
- Representación dibujada de la imagen de cada plano (Story board).
- Descripción de lo que ocurre dentro del plano (lugar donde se desarrolla, personajes que aparecen, hechos).
- Descripción de la banda de sonido (música, diálogos, ruidos ambientales o sonidos generados

El Story board

Es un guión técnico más elaborado. Añade a las especificaciones una serie de viñetas dibujadas en las que se representa el contenido visual de cada plano. En las viñetas se señalan los encuadres, ángulos de cámara, posición de los personajes en la escena, dirección de las miradas, disposición de los proyectores de iluminación, grúas, travellings (Fernández y Martínez, 1998) para previsualizar la estructura de la película antes de realizarse.

- **Planificación de la producción**

Pozú (2009) explica que se trata de la planificación en detalle de los recursos, sean de carácter económico, recursos humanos o materiales, pues si se presenta algún imprevisto la producción deberá preverlo y tener una solución que no ocasione retraso en la grabación del video.

Dentro de esta etapa de planificación de la producción se realizan tareas como: formación del equipo de producción, redacción del proyecto, presupuesto de producción, financiación del proyecto, plan de producción, locaciones, casting y plan de rodaje (Pozú, 2009).

b. La realización

En esta etapa se pone en práctica todo lo planificado en la pre-producción. Es el director quien tiene la función de convertir en imágenes lo que está descrito en los guiones y de coordinar permanentemente con el equipo técnico el enfoque y estilo indicado en el guión (Pozú, 2009).

c. La post- producción

- **La edición**

El trabajo de edición se basa en el guión original y en base a él se van estructurando las imágenes, el sonido, la locución y los efectos registrados en la realización. Se trata de transferir electrónicamente las imágenes a un mini DVD el cual se llama "master". Antes de editar, ya se debe tener una idea del orden en que serán presentadas las imágenes, y para saber esto se debe "pautear" el material, esto es, visionar de mini dvd en mini dvd e identificar y clasificar por tiempo de aparición cada una de las secuencias y escenas, con sus respectivas repeticiones (Pozú, 2009).

- **La validación**

Es la puesta a prueba del material. Por lo general, éste se evalúa antes de la producción, de lo contrario (validar el material concluido) se elevarían

los costos, porque el material tendría que ser regrabado y reeditado (Pozú, 2009).

Lo que se valida es básicamente el guión técnico, que contiene los diálogos, la locución en off y el bosquejo de las imágenes trabajadas en un *story board* (Pozú, 2009).

El tener una buena presentación, para validar el producto, es fundamental porque ayuda a entender visualmente el concepto de la producción, pero en algunos casos no es necesario hacer tanto despliegue. En tal sentido, usar estos recursos visuales para la validación debe estar plenamente justificado, ya que la realización de un *story board* eleva los gastos de producción (Pozú, 2009).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En el siguiente capítulo se muestra de forma detallada el procedimiento metodológico usado en el desarrollo de esta investigación.

3.1. Tipo de investigación

Esta investigación, conforme a Hurtado (2007), es de tipo proyectiva, también denominada como proyecto factible (Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, 2006). Este tipo de investigación consiste en la elaboración de un propuesta o modelo, como solución a un problema o necesidad de tipo práctico, ya sea de un grupo social o una institución a partir de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento, basándose en la elaboración de una solución para cubrir determinadas necesidades a partir de conocimientos anteriores y adaptarlo a la realidad. Hurtado (2000) señala que la investigación proyectiva conduce a inventos, programas, diseños o a creaciones dirigidas a cubrir una determinada necesidad, para hallar una solución a problemas encontrando nuevas modalidades de su aplicación en la realidad.

En tal sentido, la presente investigación propone como producto final la elaboración de un video (diseño e innovación) sobre técnicas de higiene

bucal y de alimentación para niños con hendidura labio palatina, dirigido a sus padres y representantes.

3.2. Diseño de la investigación

De acuerdo con la clasificación descrita por Hurtado (2000):

- Según el contexto y la fuente: es mixto, porque la información para el desarrollo del video se tomó de fuentes documentales, pero la situación será desarrollada en un ambiente real o natural con la participación de actores.
- Según la perspectiva temporal: es un diseño transeccional contemporáneo, porque el propósito es obtener información de un evento actual y se estudia el evento en un único momento del tiempo.
- Según la amplitud del foco: es unieventual porque está centrado en un evento único, el cual se relaciona con la producción de un video para orientar a los padres de niños con hendidura labio palatina.

3.3. Fases del proyecto

A continuación se presentan las fases que comprende el proyecto, de acuerdo con la guía para la elaboración de Proyectos Factibles del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES, 2006). Las fases se describen a continuación:

Fase I. Estudio diagnóstico

Esta fase tiene por objetivo determinar si existe una necesidad en una organización o grupo social que amerite de una solución. Como bien indica la Universidad Pedagógica Experimental Libertador “UPEL” (2003) el diagnóstico de las necesidades puede basarse en una investigación de tipo documental, de campo o un diseño que incluya ambas modalidades. En esta investigación se incluirán ambas modalidades.

Fase II. Estudio de factibilidad

Consta del estudio de factibilidad de uso, mercado, técnico y financiero, para determinar si la propuesta es viable desde todos los puntos de vista. La factibilidad de uso se refiere a la disposición de los posibles usuarios en usar el producto. La factibilidad de mercado consiste en demostrar, a través de cifras, que existe un número probable de usuarios o demandantes (personas,

organismos, etc.) que justifica la puesta en marcha de un proyecto. El estudio técnico consiste en demostrar que dispone de todos los recursos (humanos, materiales, equipos e instrumentos) para la obtención del producto deseado. Finalmente, el estudio financiero establece los costos del proyecto y las estrategias que se siguieron para obtener los recursos.

Fase III. Diseño del proyecto

Una vez concluidos los estudios que determinen la necesidad del diseño y viabilidad del proyecto, se produjo el video, seleccionando los equipos y el programa adecuado para su elaboración.

CAPÍTULO IV

FORMULACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto será elaborado basándose en evidencia científica e investigación de campo en la se diagnosticará la necesidad de realizar de un recurso audiovisual dirigido a los padres y representantes de niños con hendidura labio palatina, luego se ejecutará la factibilidad de uso, mercadeo, técnico y financiero, para determinar si es viable desde todos los puntos de vista y finalmente se realiza el diseño del proyecto, en el cual se ejecutará la elaboración del video que contará con varias etapas para su desarrollo como son: la pre-producción, donde se realiza los guiones para el personal técnico de la producción así como el story board; la realización, es la fase donde se efectúa todo lo planificado en la pre-producción y finalmente se realiza la post-producción, donde se edita las imágenes, musicalización, locución y efectos que se desean agregar al video.

4.1. Fase I. Estudio Diagnóstico

4.1.1. Objetivo del proyecto

Elaborar un video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para los niños con hendidura labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del IAHULA, dirigido a sus padres y representantes.

4.1.2. Propósito del proyecto

Crear un video que permita a los padres y representantes de los niños con hendidura labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del Hospital Universitario de Los Andes, adquirir y reafirmar conocimientos básicos de cuidado en salud bucal, así como también obtener nociones de técnicas de alimentación para estos niños, especialmente en sus edades tempranas.

4.1.3. Caracterización del proyecto

En esta sección se presenta el estudio desde el punto de vista de su naturaleza, importancia y la ubicación espacio- temporal, lo cual permite tener una idea más clara acerca del mismo.

➤ **Naturaleza del Proyecto**

Este estudio es un proyecto social, que busca mejorar la calidad de vida de los niños con hendidura labio palatina que acuden al servicio de Odontopediatría del Instituto Autónomo del Hospital Universitario de Los Andes.

➤ **Importancia**

Desde el nacimiento, el paciente con labio y paladar hendido necesita cuidados especiales para evitar posibles complicaciones que pueden afectar la salud integral del niño. Esto refleja la importancia de mantener y fortalecer el componente preventivo de la salud bucal en el niño, el cual es responsabilidad de las personas encargadas de su cuidado: padres, representantes o responsables.

Es por esta razón, que un video es un recurso muy útil para reforzar en los padres las estrategias preventivas de higiene bucal y técnicas de alimentación que permitan mantener en buen estado su salud bucal, y por consiguiente su salud general. También, será una herramienta para que esta comunidad participe activamente en el mantenimiento de la salud bucal de sus representados.

➤ **Ubicación sectorial y localización física**

Este proyecto se ubica en el contexto de educación para la salud, y específicamente se dirige a los padres y representantes de los niños con hendidura labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del Instituto Autónomo del Hospital Universitario de Los Andes. El centro asistencial se encuentra ubicado en la avenida 16 de Septiembre, Barrio San José Obrero, Municipio Libertador, Mérida, Venezuela.

➤ **Estudio de campo**

• **Diagnóstico de necesidades con base en una investigación documental:**

En este estudio se parte de la evidencia científica, ya que diferentes autores han debatido y coinciden en la necesidad de orientar a los padres de niños con hendidura labio palatina, acerca de las técnicas de cuidado bucal y de alimentación que se requieren para mantener en los niños una buena salud bucal y general, como bien se señala en: Garcez y Giugliani (2005); Silva, Costa, Ribeiro y Teixeira (2003); Glenny, Hooper, Shaw, Reilly, Kasem y Reid (2007); Oviedo (2005); Zambrano y Uzcátegui (2009); Cleft Palate Foundation (2009a, 2009b); The Nemours Foundation (2010); Soares, Costa, Gomide, Neves, y Bijella (2002); Ramírez, Cauvi y Rajevic (1995); McDonald y Avery (1990); Cameron y Widmer (2000) y la Cátedra de Odontología

Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela (1996). Es por ello, que a partir de la evidencia recolectada se puede afirmar que se justifica la elaboración de dicho video. Esta información se obtuvo mediante revisión bibliohemerográfica.

- **Diagnóstico de necesidades con base en una investigación de campo:**

Población y muestra

La población comprende a 140 padres de niños con hendidura labio palatina que asisten a la consulta de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, atendidos en el IAHULA en el período 2005-2010. Para los efectos del diagnóstico de necesidades cada niño estuvo representado por uno de sus representantes; y fue aquel que lo acompañó a la consulta y estuvo disponible al momento de la recolección de los datos, sin distinción de género.

Se realizó un muestreo no probabilístico y casual, según la clasificación de Hurtado (2000), ya que implica el empleo de una muestra integrada por las personas, cuya disponibilidad como sujeto de estudio sea más conveniente para el investigador. En este caso, se aplicó el cuestionario a los padres de los niños con hendidura labio palatina que se encontraban en la

consulta acompañando a sus representados al momento de la recolección de datos.

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista y se utilizó como instrumento un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas. En este sentido, la variable a medir en este estudio es la necesidad expresada por los padres acerca de la creación de un video orientativo sobre los cuidados de los niños con hendidura labio palatina (ver anexo 1).

Validación del instrumento de recolección de datos

Existen dos formas básicas de validez: externa e interna. La validez externa de los hallazgos de una investigación se refiere a la generalización de sus conceptos. La validez interna es la habilidad de un instrumento de investigación de medir lo que se ha propuesto. A este último concepto es al que se hace referencia generalmente cuando se usa el término validez (Naghi, 2000)

Camero y Rodríguez (2008) recomiendan someter al instrumento a una prueba de expertos para determinar la validez de contenido. Una vez hecho esto, se aplica el Coeficiente de validez de contenido (Cvc), el cual es un método que permite evaluar la validez de contenido de cada ítem, la

validez de contenido de todo el instrumento y el nivel de concordancia entre los jueces (Hernández, 2002).

Por estas razones, el cuestionario que fue diseñado para determinar la necesidad de creación del video fue sometido al juicio de tres (03) expertos en el área (ver anexos 2, 3, 4, 5 y 6). Asimismo, se utilizó el Cvc para determinar la validez de contenido del mismo y la concordancia entre jueces. Para ello, los puntajes asignados a cada ítem del cuestionario fueron: 1 (de acuerdo) y 0 (en desacuerdo), en correspondencia con la opinión de cada juez. Los tres expertos coincidieron al asignar un puntaje de uno (1) a todos los ítems. El algoritmo¹ para calcular el Cvc, fue ejecutado en el programa SPSS y se arrojaron los resultados que se anexan a continuación:

ítem	juez1	juez2	juez3	projuez	validitm	erroritm
1	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
2	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
3	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
4	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
5	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
6	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
7	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370

¹ Este algoritmo se obtuvo del CD que acompaña al libro de texto "Contribuciones al análisis estadístico" de Hernández (2002).

CVCT	CVCC	ERRORT
,9630	,9260	,0370

Donde:

item: representa cada una de las preguntas del cuestionario,

juez1, juez2 y juez3: representan a cada uno de los expertos

projuez: es el promedio de la ponderación dada por los expertos

validitm: es la validez de cada ítem

erroritm: es el error de estimación de cada ítem

Igualmente,

CVCT: es el coeficiente de validez de contenido total

ERRORT: es la probabilidad de error total

CVCC: es el coeficiente de validez de contenido corregido

Es de observar que el Coeficiente de validez de contenido corregido es superior a 0.9, por lo tanto se puede afirmar que el instrumento tiene validez y concordancia excelentes, en acuerdo con Hernández (2002).

Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula que se aplica en el caso de poblaciones conocidas, según Hurtado (2000):

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + (Z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Donde n es el valor a obtener y representa el tamaño de la muestra.

Z^2 : representa el nivel de confianza.

e: constituye el error de estimación o error de muestreo.

p y q: se refieren al comportamiento del evento a medir.

N: es el tamaño total de la población.

$$Z= 0.955$$

$$e=0.1$$

$$P =0.5$$

$$Q=0.5$$

$$N=140$$

$$n = \frac{(0.955)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 140}{(0.1)^2 \cdot (N140 - 1) + (0.955)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{31.920875}{1.61800625}$$

Siendo $n = 19,72$

Este resultado indica que la muestra es aproximadamente de 20 personas.

Resultados y análisis de resultados del cuestionario

Se corroboró la necesidad de un video para padres y representantes de niños con hendidura labio palatina, a través de un cuestionario que constó de 7 ítems, los padres expresaban brevemente su opinión acerca del video. Dichas encuestas fueron aplicadas a 20 personas, quienes acompañaban al niño con hendidura labio palatina en el momento de la consulta de odontopediatría del IAHULA.

A continuación se muestran los resultados organizados por preguntas:

1. Adicional a la consulta odontológica, para aprender a realizar el mantenimiento de la salud bucal del niño con hendidura labio palatina, usted preferiría:

Video_____ Medios impresos_____

El 90 % de la muestra seleccionó el video como el medio de información más idóneo para aprender a realizar el mantenimiento de la salud bucal del niño con hendidura labio palatina, adicional a la consulta odontológica (ver Gráfico 1).

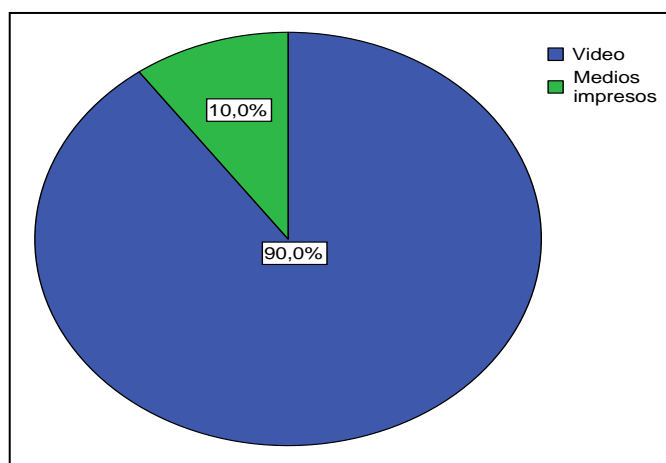


Gráfico 1. Video vs. medios impresos.

El 55% del total de personas encuestadas expresan que es más fácil de captar y comprender la información por medio del video, y un 35% afirman que si visualiza un video aplicarían lo aprendido luego de visto el contenido (ver tabla 1).

		¿Por qué?		
		Mejor ver para luego aplicar lo aprendido	Más fácil de captar y comprender la información	Me resultaría difícil ver a los niños LPH
Respuesta	Video	35%	55%	0%
	Medios impresos	0%	0%	10%

Tabla 1. Empleo de video vs. medios impresos.

2. ¿Usted estaría interesado en observar un video que demuestre las técnicas de alimentación y de higiene bucal para niños con labio y paladar hendido?

El 100% de la muestra alega que estaría interesado en observar un video que demuestre las técnicas de alimentación y de higiene bucal para niños con labio y paladar hendido.

El 90% de las personas encuestadas justifica su respuesta explicando que un video sería necesario para aprender los cuidados básicos del niño con labio y paladar hendido y el 10% indica que no conoce un medio audiovisual de este tipo (ver tabla 2).

		¿Por qué?	
		Para aprender porque no hay nada igual	Para conocer esta información
Respuesta	Sí	90%	10%
	No	0%	0%

Tabla 2. Contenido del video.

3. ¿Le gustaría ver un video con estas características por televisión?

Al 95% de la muestra le gustaría ver un video con estas características por televisión (ver Gráfico 2).

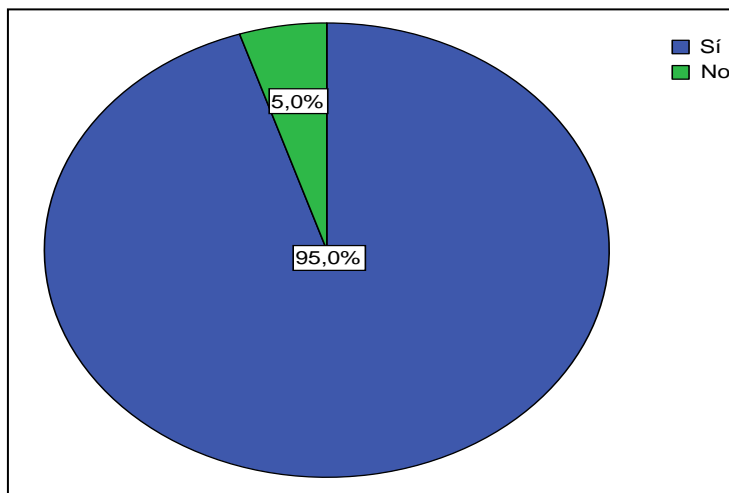


Gráfico 2. Disponibilidad del video en televisión.

El 95% justifica su respuesta al indicar que el video resultaría útil para aprender y enseñar a otras personas y el 5% porque no dispone de un DVD en su casa (ver tabla 3).

		¿Por qué?		
		Para aprender y enseñar a otras personas	Porque no tengo DVD	Porque no tengo tiempo
Respuesta	Sí	90%	5%	0%
	No	0%	0%	5%

Tabla 3. Video proyectado por televisora.

4. ¿Cree que si observa un video con estas características puede aclarar dudas que le hayan quedado de la consulta odontológica?

El 80% expresa que si observa un video podría aclarar dudas que le hayan quedado de la consulta odontológica (ver Gráfico 3).

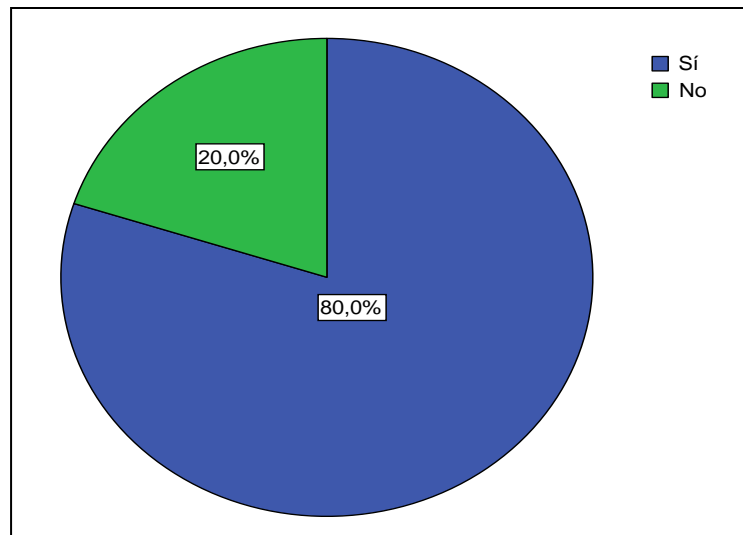


Gráfico 3. Material complementario a la consulta odontológica.

Justifican su respuesta ratificando que podría aclarar dudas de la consulta odontológica con el video, mientras que el 15% expresa que las dudas deben ser aclaradas con el odontólogo y el 5% restante no presenta dudas (ver tabla 4).

		¿Por qué?		
		Para aclarar las dudas que siempre me quedan de la consulta	Las dudas deben ser aclaradas con el odontólogo	No me quedan dudas de la consulta
Respuesta	Sí	80%	0%	0%
	No	0%	15%	5%

Tabla 4. Medio de información adicional.

5. ¿Si usted observa un video con estas características lo recomendaría a otros padres y representantes de niños con hendidura labio palatina?

El 100% asevera que si observa un video, lo recomendaría a otros padres y representantes de niños con hendidura labio palatina para orientarlos y apoyarlos.

6. ¿Si usted observa un video con estas características, le sería útil para aprender a realizar la higiene bucal a su representado?

El 95% afirma que si ve un video como el propuesto le sería útil para aprender a realizar la higiene bucal del niño con hendidura labio palatina (ver Gráfico 4).

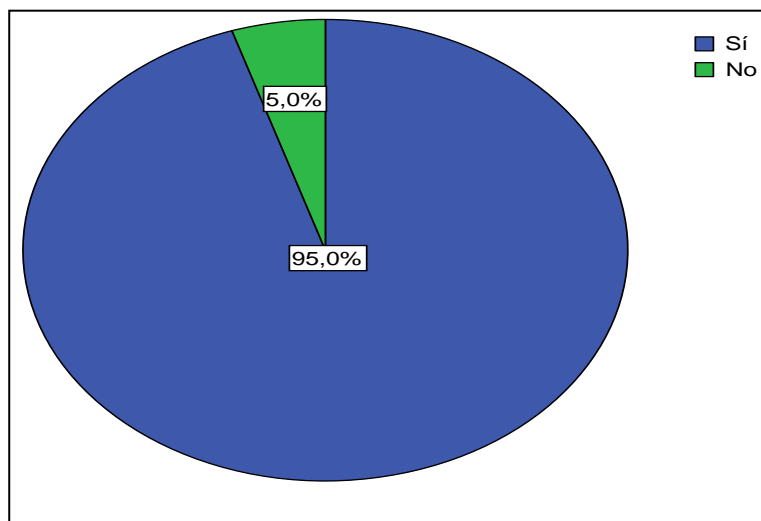


Gráfico 4. Utilidad del video en la higiene bucal.

Indicaron que el video le sería útil para reforzar conocimientos aprendidos (ver Tabla 5).

		¿Por qué?		
		Porque me da miedo hacerla y se ahoga	Para reforzar conocimientos	El niño se cepilla solo
Respuesta	Sí	30%	65%	0%
	No	0%	0%	5%

Tabla 5. Fortalecer hábitos de higiene bucal.

7. ¿Si usted observa un video con estas características, le sería útil para aprender a realizar la técnica de alimentación a su representado?

El 90% confirma que si observa un video así, le sería útil para aprender a realizar la técnica de alimentación al niño con hendidura labio palatina (ver Gráfico 5).

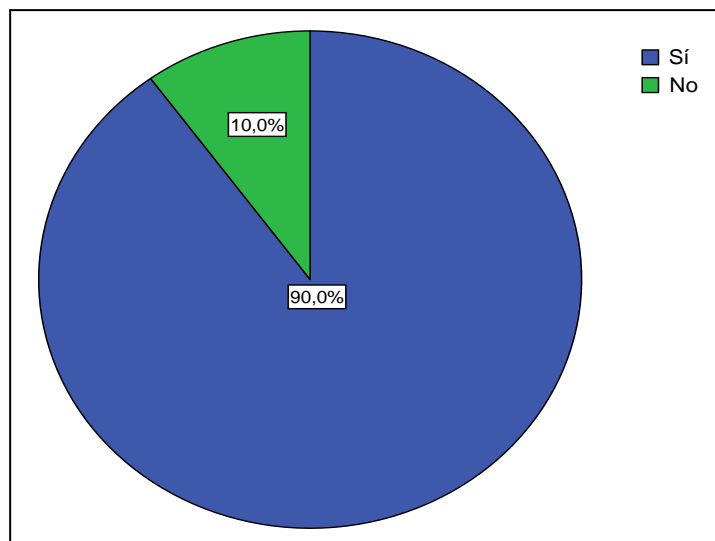


Gráfico 5. Utilidad del video en la técnica de alimentación.

El 60% justifica su respuesta manifestando que sería útil porque se les dificulta alimentar al bebé y el 30% añade que ayudaría a fortalecer conocimientos (ver tabla 6).

		¿Por qué?		
		Dificultad para alimentarlo	Para reforzar conocimientos	No porque el niño ya está grande
Respuesta	Sí	60%	30%	0%
	No	0%	0%	10%

Tabla 6. Complementación de información sobre las técnicas de alimentación.

Conclusión de la investigación de campo

Al realizar un cuestionario para los padres y representantes de los niños con hendidura labio palatina, se logró diagnosticar la necesidad de crear un video que explique los cuidados bucales a su representado, en vista de las opiniones expresadas por los padres.

4.2. Fase II. Estudios de Factibilidad

Una vez concluida la fase I se ha comprobado la necesidad del diseño de un video para padres y representantes de niños con hendidura labio palatina. Por tanto, el paso siguiente es determinar la factibilidad de uso, para posteriormente comprobar la factibilidad de diseño, constituida ésta última por los estudios de mercado, técnico y financiero.

4.2.1. Factibilidad de uso

Se puede afirmar que la misma está garantizada cuando ya diferentes autores han señalado el desconcierto y preocupación que genera en los padres su desconocimiento acerca de las técnicas de higiene bucal y de alimentación que debe realizar diariamente a su representado (Garcez y Giugliani, 2005; Silva, Costa, Ribeiro y Teixeira, 2003; Glenny, Hooper, Shaw, Reilly, Kasem y Reid, 2007; Oviedo, 2005; Zambrano y Uzcátegui, 2009; Cleft Palate Foundation, 2009a-2009b; The Nemours Foundation,

2010; Soares, Costa, Gomide, Neves y Bijella, 2002; Ramírez, Cauvi y Rajevic, 1995; McDonald y Avery, 1990; Cameron y Widmer , 2000; y la Cátedra de Odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela, 1997). Coincidiendo estos autores antes mencionados que existe la necesidad de un recurso audiovisual orientativo, que refuerce los conocimientos sobre el mantenimiento de la salud del niño.

Pasos para la realización del video:

1. La pre-producción

Elaboración del guión:

- Definir el tema y delimitar los objetivos que se desean lograr.
- Recolectar la información sobre higiene bucal y técnicas de alimentación en niños con hendidura labio palatina.
- Guionización: consta de la realización de la sinopsis del guión, el guión literario, el guión técnico y el story board.
- Se estructura un plan de rodaje, referido al cronograma de realización según fechas y ambientes:

Tabla 7. Cronograma de actividades para la realización del video.

Fecha	Ambiente	Actores	Imagen
20-07-10	Baño.	Niño de 3 años de edad y su madre	Madre realizando la técnica de cepillado a su hijo. Madre realizando la limpieza del obturador palatino.
22-07-10	Parque al aire libre.	Niños de diferentes edades y la madre de uno de ellos.	Niños jugando en el tobogán. Niño compartiendo junto a su madre jugando en el tobogán y otros juegos del parque. Madre cargando en hombros a su hijo caminando sonriendo hacia la cámara.
23-07-10	Cuarto principal de una casa.	Madre y padre junto a su hijo recién nacido.	Madre realizando las técnicas para alimentar al niño tanto de forma natural como artificial. Padre efectuando la limpieza de la encía del bebé con una gasa. Padre realizando la limpieza del obturador palatino.
27-07-10	Consultorio odontológico	Profesora de la cátedra de Odontopediatría de la FOULA y una estudiante de Odontología.	Profesora explicando la importancia de las técnicas de alimentación de los niños con hendidura labio palatina y de igual manera, expone las características de las tetinas especiales para dichos niños. Profesora realizando el

			procedimiento para modificar las tetinas estándares. Estudiante ejecutando la limpieza de las tetinas y biberones.
29-07-10	Baño.	Niño de 7 años de edad.	Niño realizando la técnica de cepillado.
14-09-10	Facultad de Odontología.	2 estudiantes de Odontología.	Cada estudiante expresa la importancia de la hendidura labio palatina.
21-09-10	Consultorio de cirugía pediátrica del IAHULA.	Doctora especialista en cirugía pediátrica y cirugía plástica infantil.	Especialista habla sobre la hendidura labio palatina, sus tiempos quirúrgicos y alimentación del niño.
02-09-10	Servicio de Odontopediatría del IAHULA.	Profesora de la cátedra de Odontopediatría de la FOULA, asistente dental y 2 niños menores de dos meses con HLP. Niño de un año con HLP.	Procedimiento para la elaboración del obturador palatino desde la toma de impresión al niño hasta el pulido del mismo para ser colocado en boca. Madre dándole compota a su hijo.

Planificación de la producción.

- Formación del equipo de producción, comprendido por las directoras, técnico, el camarógrafo, el locutor y los actores.

- Previsión de los recursos materiales y equipos requeridos para la realización del video (ver Tabla 8).
- Se realiza el presupuesto de producción para el video (ver Tabla 9).
- Financiamiento del proyecto: aprobado por el CDCHTA, siendo este una cantidad de 1.242 BsF (ver anexo 6).
- Plan de producción: se eligen las locaciones de cada toma, se realiza el casting donde se seleccionan los niños con hendidura labio palatina cuyos padres estén dispuestos a colaborar participando en el video junto a su representado (ver anexo 7).

Tabla 8. Materiales y equipos requeridos para la realización del video.

Materiales	Equipos técnicos
Tetina NUK	Cámara filmadora
Tetina para fisura palatina	Trípode
Tetinas estándares	Equipo de iluminación
Enjuague bucal	Cintas de DVD
Crema dentales	Material virgen (mini DVD)
Cepillos dentales	
Tetero de cuello estándar	

Tabla 9. Presupuesto de producción para el video.

Recursos	Costo Bs.F
Camarógrafo	800
Diseñador gráfico	1.200
Locutor	80
Tetina NUK	46
Tetinas Peristálticas	42
Enjuague Bucal	12
Material virgen (mini DVD)	20
Cintas de DVD	10
Total	2.210

2. La realización

Se llevó a cabo todo lo planificado en la pre- producción, según el cronograma planeado se realiza la filmación de cada escena con el material seleccionado para la misma, utilizando el guión técnico que es donde están especificados los movimientos de cámara, la angulación y tiempo en el que se lleva a cabo el rodaje de que cada escena.

3. La post- producción

La edición: el editor asignado por la televisora ULA- TV, se encargó de transferir las tomas, imágenes, voz en off a un computador, las que luego se irán identificando, clasificando y ordenando de acuerdo a la secuencia establecida en el guión. Una vez hecha la revisión de la fuente, se seleccionaron los fragmentos de video y audio que formarán parte del montaje final, mediante el programa Premier Pro, obteniendo de esta manera el objetivo planteado de elaborar un video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para los niños con hendidura labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del Hospital Universitario de Los Andes, dirigido a sus padres y representantes (ver anexo 8).

4.2.2. Factibilidad de diseño

Estudio de mercado

➤ Beneficiarios del proyecto

El beneficiario principal: lo constituyen los niños con hendidura labio palatina ya que ellos son los beneficiados directos. Se espera que este video diseñado de acuerdo a sus necesidades en cuidados bucales y técnicas de alimentación, sea un medio auxiliar para crear y mantener buenos hábitos de higiene bucal.

Los beneficiarios secundarios: lo constituyen los padres, representantes, familiares de los niños, y el personal odontológico de la cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, sus estudiantes, así como el médico neonatal, el cirujano plástico y la población que asiste al servicio de Odontopediatría del Hospital Universitario de Los Andes, para ser portadores de la información y brindar beneficios a quienes los rodean.

➤ **El área de mercado**

El proyecto está dirigido al Servicio de Odontopediatría del Hospital Universitario de Los Andes.

➤ **Comportamiento de la demanda**

Situación actual. Según información registrada en las historias clínicas odontológicas de los pacientes, la cual fue ofrecida por la coordinadora del servicio de odontopediatría de la Universidad de la Facultad de Odontología, ubicado en el IAHULA, la población que asiste es de 140 niños.

Situación futura. Se espera que haya un crecimiento tanto del beneficiario principal como del secundario. Esto se apoya en los datos ofrecidos por Operación Sonrisa Venezuela (2006, en Zambrano y Uzcátegui, 2009),

que indican que en Venezuela nacen cada año 4.500 niños con esta anomalía.

➤ **Comportamiento de la oferta**

Situación actual. Con el proyecto se atenderá el total de niños que asisten al servicio de odontopediatría, como también a sus padres y representantes. Asimismo, será utilizado por el personal que les dará asistencia.

Situación futura. Se espera que el video para padres esté disponible y pueda ser utilizado en otros centros asistenciales del Estado Mérida y del país. También será promovido en la televisora regional andina ULA TV.

➤ **Determinación de los precios del producto**

El producto que se oferta es gratuito y puede reproducirse en las cantidades necesarias para la cobertura total del mercado principal. Incluso podrá ser transmitido gratuitamente a toda la población en el canal ULA TV.

Conclusión del estudio de mercado

De acuerdo con el comportamiento que presenta la oferta y la demanda del video para padres y representantes de niños con hendidura labio palatina,

se puede concluir que la realización del proyecto es factible puesto que existe una demanda actual, la cual a su vez tiende a crecer con el tiempo. De igual manera, el producto que se oferta es gratuito y puede reproducirse en las cantidades necesarias para la cobertura total del mercado principal. Incluso podrá ser transmitido gratuitamente a toda la población andina mediante el canal ULA TV.

Estudio Técnico

Con este estudio se demostró la viabilidad técnica del proyecto, tomando en consideración la capacidad del mismo, así como los recursos humanos y tecnológicos.

➤ Tamaño del proyecto

Capacidad del proyecto. El proyecto tiene una capacidad de atención inicial de 140 padres de niños con hendidura labio palatina. El contenido del recurso audiovisual ayudará a los padres y representantes de los niños y al personal odontológico, a modificar favorablemente los hábitos y técnicas de higiene en salud bucal y mejorar las técnicas de alimentación. Este material tendrá un tiempo de duración de catorce minutos y podrá ser visto en el servicio de odontopediatría del IAHULA y en los hogares de dichos niños.

➤ **Factores condicionantes del tamaño**

Tamaño del mercado: 140 padres de niños con hendidura labio palatina, sus padres y representantes, personal médico y odontológico del IAHULA., así como toda la población merideña.

Capacidad financiera. Se contó con el financiamiento del CDCHTA.

Disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos. Se contó con la asesoría de los profesores de la FOULA, personal de la televisora ULA TV, técnico y productor para la revisión del diseño preliminar del video. Entre los recursos tecnológicos se utilizaron una cámara de video Sony Handycan serial Dsr.-DVD 405, una computadora con todos sus accesorios y el programa premier pro para la edición de video.

➤ **Descripción del proceso global de transformación**

Los niños con hendidura labio palatina representan el insumo principal, los cuales luego del proceso de transformación se convertirán en el producto principal. El proceso de transformación tendrá lugar al realizar actividades teórico- prácticas con el uso del video. Entre ellas tenemos:

- a) Exposición y demostración de los medios de prevención en salud bucal en cada etapa del desarrollo del niño.

- b) Exposición y demostración de las técnicas de alimentación correspondientes a cada etapa del desarrollo del niño.

Una vez finalizado el proceso de transformación se espera que los padres de niños con hendidura labio palatina hayan alcanzado un aprendizaje significativo sobre los cuidados de salud bucal y técnicas de alimentación para sus hijos.

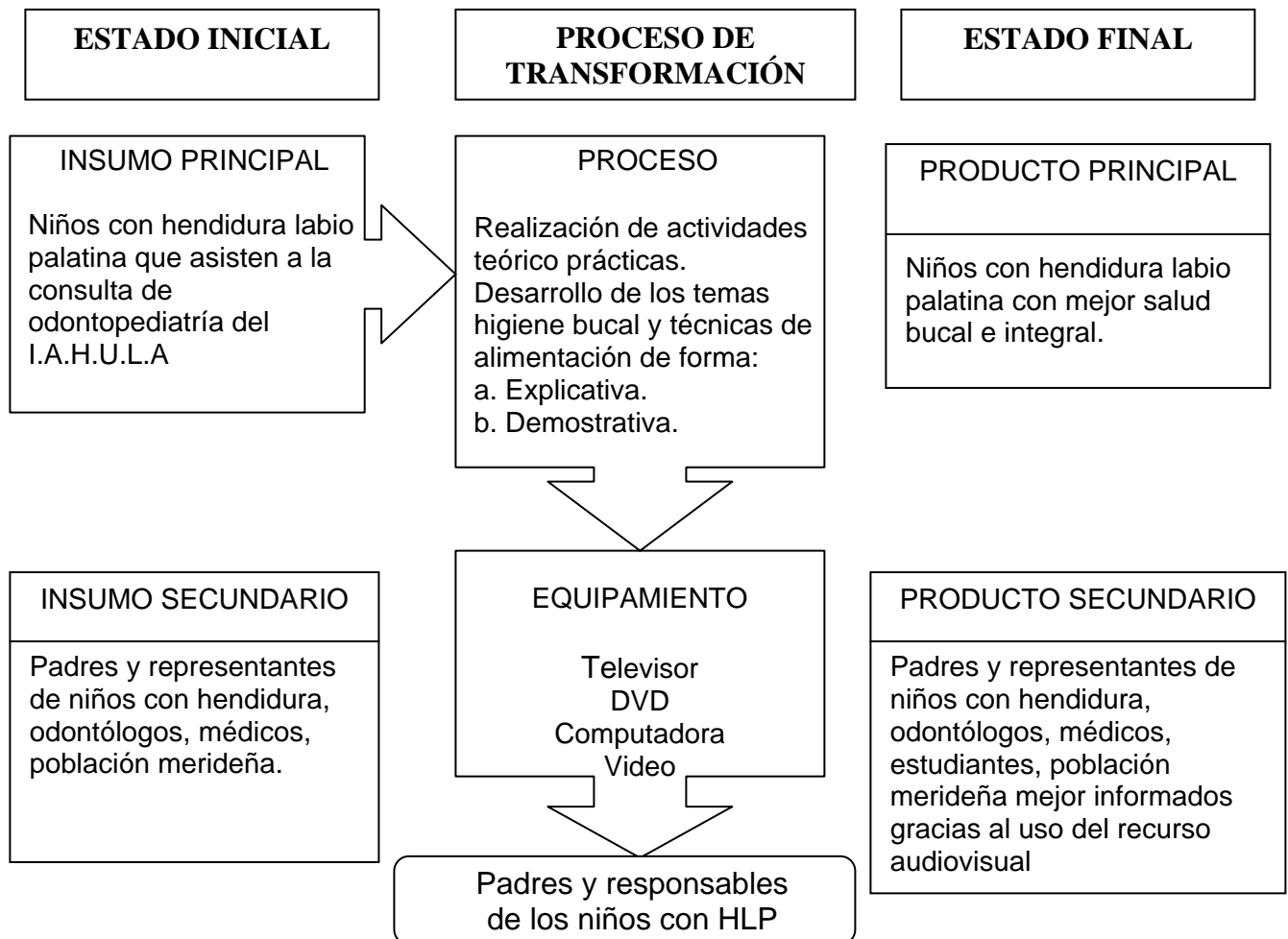


Figura 24. Proceso global de transformación. Fuente: Adaptado de la Guía ILPES (2006).

➤ **Localización física del proyecto**

Macrolocalización. El proyecto se ubica en el Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Microlocalización. El video será empleado en el Servicio de Odontopediatría del Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

➤ **Organización para la formulación**

El proyecto fue inicialmente presentado para la elaboración del Trabajo Especial de Grado para optar por el título de Odontólogo en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA).

Una vez aprobado el proyecto, se procedió a realizar la fase diagnóstica y la fase de factibilidad. Posteriormente, se procedió a la elaboración del guión técnico y del story board en base a las recomendaciones recopiladas en libros de texto, revistas científicas y contenido especializado en la World Wide Web; de esta manera se seleccionó el contenido que sería incluido en el video. Las imágenes y escenas fueron creadas de manera tal que fueran de fácil comprensión y entendimiento de la población a la que va dirigido y para que ésta pueda aplicar el conocimiento adquirido en situaciones de la vida diaria.

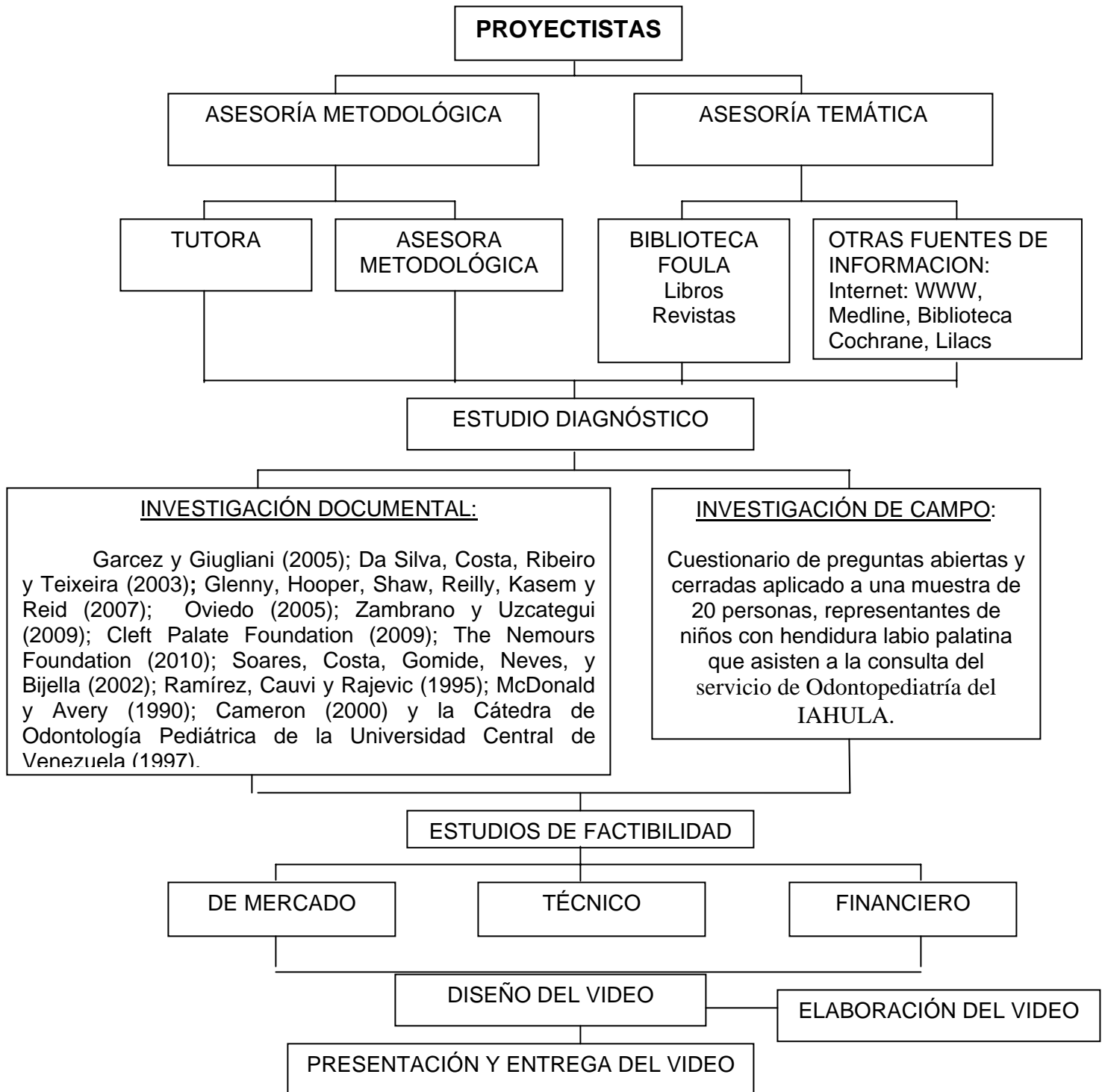


Figura 25. Organización para la formulación del proyecto. Fuente: Adaptado de la Guía ILPES (2006).

➤ **Organización para la operacionalización**

Se contó con el apoyo de un productor, director, editor de la televisora ULA TV, y la participación de niños con hendidura labio palatina con sus respectivas madres y representantes. El uso del video, de acuerdo a los fines para el cual ha sido diseñado, está a cargo del personal de ULA TV y será utilizado por el personal odontológico del servicio de odontopediatría del IAHULA, así como los padres y representantes.

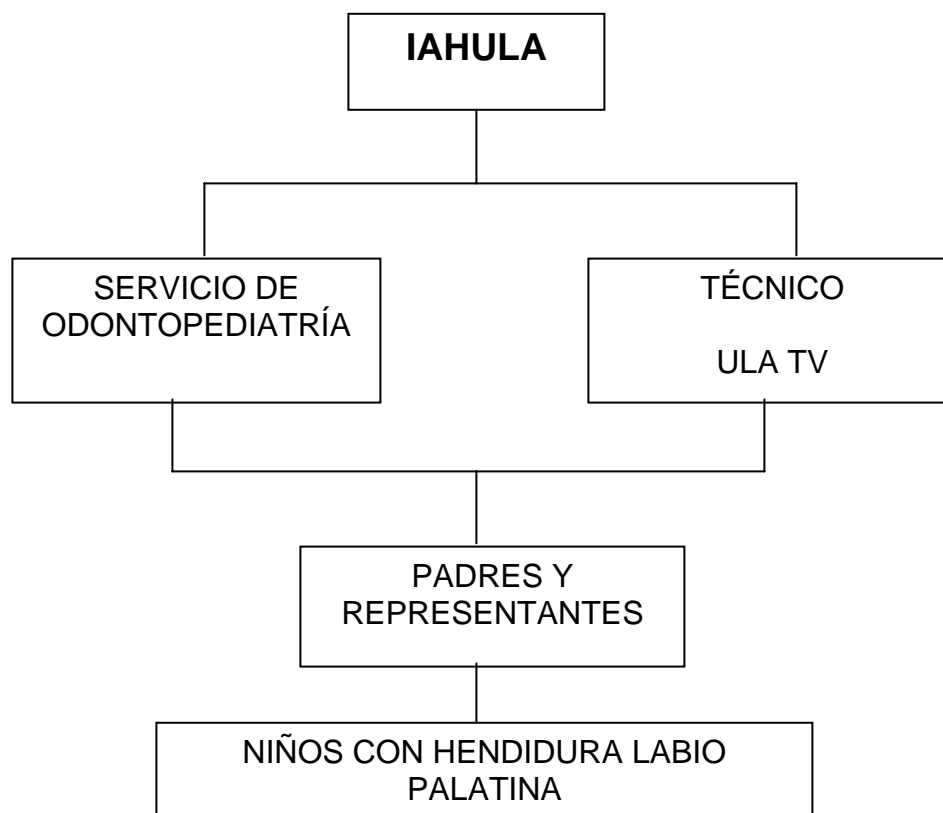


Figura 26. Organización para la operacionalización del proyecto. Fuente: Adaptado de la Guía ILPES (2006).

➤ **Análisis de costos**

Se presentan a continuación los costos de los equipos necesarios para la producción del video:

- Costo de equipos para la elaboración y producción del video:
390 Bf.
- Costo de materiales para el video: 130 Bf.
- Costo de asistencia técnica para la realización del video:
1.880 Bf.

Tabla 10. Total de costos del video.

Descripción	Precio Unitario (Bs.F)
Equipos	390
Materiales	130
Asistencia técnica	1.880
Total Bs.F	2.400

Conclusión del estudio técnico

Desde el punto de vista técnico es factible el diseño de video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para los niños con hendidura

labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del IAHULA, dirigido a sus padres y representantes, puesto que se cuenta con la planta física, equipos, materiales y personal necesario para la elaboración y el uso del mismo.

4.2.3 Estudio financiero

➤ Necesidad total de capital

El capital necesario es aquel con el cual se puede ejecutar el proyecto. El mismo se empleará para la elaboración, edición del video y pago de asesoría técnica. Partiendo del análisis de costos realizado en el estudio técnico, el capital necesario para el diseño y elaboración del video es de Bs.F. 2.400.

➤ Capital disponible

Para la elaboración y reproducción del video se cuenta con un capital total de 1.242,00 Bs.F que se catalogó como capital activo. En el caso del capital fijo, éste no se computará, ya que los equipos no son de propiedad de las proyectistas. El capital activo es el dinero en efectivo. El mismo equivale a 1.242,00 Bs.F, y será obtenido por medio del financiamiento del presente trabajo de investigación través del CDCHT- ULA y será usado para la

cancelación de los servicios de asesoría técnica y otros, como se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11. Capital disponible.

Concepto	Monto (Bs.F)
Capital activo	1.242
Total	1.242

➤ **Capital requerido**

Es la diferencia entre el capital necesario para el diseño del recurso audiovisual y el capital disponible. El mismo equivale a 1.158 Bs.F, y será aportado por las investigadoras.

➤ **Programa de financiamiento**

Financiamiento interno. Es aquel que la institución o el programa aportaron a la elaboración del video. Se obtuvo por medio del financiamiento aprobado al presente proyecto de investigación por el CDCHTA-ULA, por un monto de 1.242 Bs.F para el desarrollo del Trabajo Especial de Grado de las investigadoras, según se evidencia en la carta de aprobación del proyecto.

Financiamiento externo. No hubo financiamiento externo.

➤ **Evaluación económica**

Este proyecto lo financió el CDCHTA- ULA, Mérida, Venezuela, siendo las investigadoras, previa supervisión de la tutora, quienes administran los recursos a fin de lograr el objetivo planteado.

Conclusión del estudio financiero

Con el estudio financiero se pudo comprobar la factibilidad desde el punto de vista económico para el diseño de un video para padres y representantes de niños con hendidura labio palatina, ya que contará con el apoyo financiero requerido para su elaboración.

4.3. Fase III. Diseño del proyecto

Una vez diagnosticada la necesidad del video para padres y representantes de niños con hendidura labio palatina, y corroborada la factibilidad de uso, mercado, técnico y financiera, se procede a dar inicio a su diseño, que consta de un guión técnico y de un story board.

El video será diseñado tomando en cuenta las necesidades especiales en materia de salud bucal de los niños con hendiduras. También se utilizará un lenguaje sencillo que garantice una fácil comprensión de los saberes involucrados.

➤ **Nombre del proyecto**

Video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para niños con hendidura labio palatina, dirigido a sus padres y representantes.

➤ **Objetivo del video**

Mostrar información teórica y práctica acerca de técnicas de higiene bucal y de alimentación para niños con hendidura labio palatina en edades tempranas.

➤ **Propósito del video**

Este video se realizará con el fin de proporcionar a los padres y representantes de los niños con hendidura labio palatina, la oportunidad de adquirir los conocimientos básicos necesarios para el cuidado y mantenimiento de la salud bucal e integral de sus hijos, mediante técnicas de higiene bucal y de alimentación.

➤ **Características del video**

Sinopsis del guión

La educación en la prevención de las enfermedades es fundamental, así como el mantenimiento de los individuos en salud. La salud en nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y deglutir la comida es esencial

para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias en el estado nutricional, una mala salud también puede afectar de manera negativa la capacidad de comunicación y autoestima.

Debido a la frecuencia en que aparecen estas enfermedades en los niños con hendidura labio palatina y que afecta gravemente al complejo buco-maxilo-facial, los odontólogos deben formar parte de un equipo multidisciplinario, ayudando a los recién nacidos que padecen de esta malformación en el proceso de rehabilitación a través de la confección de obturadores palatinos, para facilitar la alimentación y posteriormente auxiliar en el tratamiento dental del niño. Igualmente, brindar información a los padres que permita mejorar la calidad de vida de los niños con hendidura labio palatina, ya que presentan mala higiene oral y falta de estimulación para mantener la salud integral

Un bebé que nace con hendidura labio palatina tiene una abertura en el techo de la boca, esto impide que tenga una succión adecuada para extraer la leche del pezón. Por consiguiente, aunque el bebé con hendidura tiene reflejos normales de mamar y tragar necesita de biberones o tetinas especiales para permitir que la fórmula fluya sin la ayuda de la succión. Durante la alimentación, la fórmula puede salir por la nariz del bebé lo cual se llama “regurgitación nasal” y también puede tragar demasiado aire.

Los bebés necesitan biberones especiales para alimentarse. En el caso de las madres que desean amamantar, sacarse leche y dársela al bebé en biberón le entregará todos los beneficios de la leche materna. La mayoría de estos bebés no pueden amamantar solamente, ya que tienen menos fuerza para succionar.

La Fundación del paladar (2006) y Zambrano y Uzcátegui (2009) concuerdan seguir algunas recomendaciones si la madre decide amamantar:

- Realice masajes en el pecho antes de amamantar para ayudar con el pase de la leche, lo cual permitirá que la leche fluya más fácilmente.
- Ejerza presión sobre la aréola con los dedos para hacer que el pezón lleno sobresalga.
- Coloque al bebé en una posición vertical o recostada, ayudará a reducir la cantidad de regurgitación nasal. La persona que alimenta al bebé puede elevar una o ambas piernas en un taburete o apoyar al bebé en una almohada para mayor comodidad.
- Sostenga el pecho con la mano entre el pulgar y el índice, asegurándose de que el labio inferior del bebé esté doblado hacia afuera y que la lengua esté debajo del pezón.

- Vigile el patrón de mamar y tragar: escuche al bebé tragar seguido de una exhalación, al principio los bebés maman y tragan sin descansar (esto es normal, a los días desarrollan su propio ritmo y se acostumbran).
- Se recomiendan ingestas frecuentes y cortas. Este proceso puede ser lento y frustrante; sin embargo, el bebé recibirá más calorías y, por lo tanto, aumentará de peso.
- En caso de que la fórmula se escape por la nariz, se debe dejar de darle el biberón al bebé por un momento para que el niño pueda toser y estornudar, sosteniendo al bebé en la posición más vertical posible, si es necesario usted puede limpiar cuidadosamente la nariz y la boca del bebé con un paño húmedo. Este tiempo de pausa le permitirá al bebé destapar las vías nasales y así continuar su alimentación.
- Los bebés con hendiduras necesitan ser eructados más a menudo porque tragan más aire durante la alimentación; vigile las señales de incomodidad que indican que está listo para eructar.

Los tipos de biberones y tetinas en el mercado que pueden ayudar en la alimentación de un bebé que tiene paladar hendido:

1. Tetina NUK: esta tetina puede colocarse en los biberones comunes o en los biberones con bolsas desechables. Puede agrandar el orificio haciendo un corte en cruz en el medio.
2. Mead Johnson Nurser®: es un biberón blando, de plástico, que se debe apretar suavemente mientras el bebé succiona, haciendo una pausa mientras el bebé traga y tiene una tetina grande con un corte cruzado.
3. Haberman Feeder®: éste es un biberón especialmente diseñado con una válvula que ayuda a controlar el aire que el bebé toma e impide que la leche regrese al biberón.

Si un biberón no está disponible existen otras soluciones para lograr la alimentación eficiente, a continuación le mostraremos el método sencillo para su confección:

1. Seleccione una tetina estándar.
2. Voltee la tetina de adentro hacia fuera.
3. Utilice una tijera para cortar una abertura en forma de "X" en la punta de la tetina, vuelva a voltear la tetina de afuera hacia adentro.
4. Coloque en el biberón y haga la prueba de succión en el bebé, después de un rato el tamaño de la abertura puede ser aumentado hasta que el bebé esté comiendo cómodamente.

Para limpiar las tetinas y biberones se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Lavar las tetinas y biberones en agua jabonosa tibia, luego enjuagar y secar al aire.
- Asegurar que la válvula de aire y el corte de la tetina estén libres de leche.
- No hervir en agua la tetina, ni colocarla en el horno microondas o en el lavaplatos.

La limpieza bucal del niño con hendidura labio palatina debe iniciarse prácticamente desde que nace. Los primeros dientes de leche deben limpiarse con un cepillo muy suave, a partir de esta edad los padres deben seguir limpiando los dientes del niño y además de enseñarle a hacerlo incorporando al cepillado una pequeña cantidad de pasta dental fluorada.

Cuando el niño tiene entre 7 y 9 años, ya tendrá habilidad suficiente para hacerlo de manera autónoma aunque es necesaria la supervisión de los padres y así mismo realizarlo al menos dos veces al día.

Para efectuar los procedimientos de higiene bucal en el bebé, se sugiere ofrecer un soporte físico seguro y conveniente con movimientos lentos y cuidadosos en todas las oportunidades, los padres deben limpiar con una tela húmeda o con un trozo de gasa enrollado sobre el dedo índice los dientes y las encías una vez por día.

El método de ubicación del bebé para la higiene bucal diaria, el padre debe tenerlo en brazos, con uno de los brazos del niño pasado hacia la espalda del padre o la madre. De esta manera, éstos podrán usar el brazo que forma como una cuna para estabilizar la mano libre del bebé y así podrá entonces usar la otra mano para las técnicas higiénicas.

Cuando erupcionan más dientes, los padres deben abordar sistemáticamente el cepillo dental comenzando con un área de la boca y progresando de modo ordenado hasta que todas las áreas estén libres de placa, esto se realiza mejor con un cepillo húmedo de cerdas suaves.

El cepillo dental es un instrumento necesario para eliminar la placa dental, actualmente pueden encontrarse en el mercado gran cantidad de cepillos que deben tener como características apropiadas para los dientes infantiles: tamaño apropiado para la dentición, pequeño de mango recto de 2 o 3 hileras de 10 a 12 penachos de fibras nylon y puntas redondeadas.

En el niño menor de 3 años los padres deberán realizar la totalidad del trabajo, podrá ser de ayuda para ellos que estén claros de algunos aspectos como:

- Posición del niño: para tener acceso lo más cómodo es colocar al niño tumbado sobre una superficie plana y con la cabeza en el regazo del adulto. Las mejores posiciones son:

1. Adulto y niño de pie mirando en la misma dirección: la nuca del niño se apoya en el abdomen del adulto para que sirva de apoyo, con la mano izquierda se controlan los labios y las mejillas y con la derecha se procede al cepillado.
 2. Adulto y niño situados frente a frente: la cabeza del niño debe apoyarse en una pared para evitar el desplazamiento de esta que dificultaría el cepillado o haría perder el equilibrio.
- Apertura de la boca: se debe deslizar el dedo índice de la mano izquierda a lo largo del vestíbulo inferior presionando al final de éste.
 - Control de los movimientos: con los dedos y la mano izquierda podemos retirar los labios y las mejillas y controlar los movimientos de la cabeza.
 - Dentífrico: no debe utilizarse en niños menores de 3 años, ya que dificulta la visión de los dientes y estimula la secreción de saliva. Su uso crea desasosiego y además sería ingerida.

Cuando el padre observa que el niño empieza a desarrollar destrezas para realizar la higiene bucal por sí mismo puede permitirle realizarla, con la supervisión de su representante hasta que el niño tenga la total habilidad para efectuarla.

La dieta es uno de los principales factores promotores de caries y es habitual que los padres desconozcan el potencial cariogénico de algunos alimentos que tienen altos contenidos de azúcares o elementos que puedan ser desdoblados a éstos y serán capaces de formar ácidos cuando los microorganismos de la placa estén presentes.

Los padres deben adoptar la inclusión progresiva en la dieta de los niños de alimentos sólidos desde la aparición de los primeros dientes, para un correcto desarrollo craneofacial y al ajuste maxilar. La excesiva alimentación con alimentos triturados, purés o papillas puede generar un trastorno en el crecimiento de la dentadura.

Guión literario

En principio aparece una imagen del logo de la Universidad de Los Andes, seguido del título de la investigación. Luego entra una estudiante de odontología diciendo: “el labio y paladar hendido es una malformación frecuente en nuestro país y su incidencia va en aumento, al igual que la población. Investigaciones de *Operación Sonrisa en el 2006 confirman que en Venezuela nacen 4.500 niños con este problema*”.

Luego surge un fondo negro con un texto que dice: ¿Sabes de qué se trata la hendidura labio palatina? después de un breve espacio de tiempo entra en escena la cirujano pediatra la Dra. María Cristina Sánchez

explicando: *“La hendidura labio palatina es una malformación congénita que se caracteriza por una deformación del labio, nariz, arco dentario y paladar. Afecta todo el entorno familiar por lo que debemos tratarlo con un equipo multidisciplinario, no debemos apurarnos a trasladar al paciente a donde el especialista, tiene que estar presente el obstetra, el ginecólogo y el médico general. Se debe enseñar a la madre que su malformación se puede resolver y hay que ayudarla a alimentar al niño y estar muy atento a que tenga lactancia materna, se le enseña que pueda alimentarse del pecho de la madre pero en posición sentado y como tenemos un eslogan (paciencia)”*.

Surge un fondo negro con un texto que dice: *¿Cuándo se debe operar al niño?* Y continúa la Dra. María Cristina Sánchez dando la explicación: *El labio se opera después de los 3 meses de nacido, no es decisión sola del cirujano, sino con el odontólogo que hace la ortopedia de los maxilares, porque si tiene el arco dentario muy separado tenemos que esperar que se alinee. Posteriormente, se hace la cirugía del paladar blando a los 6 meses de nacido para evitar que cuando empiece a hablar tenga nasalidad, mientras tanto el niño debe usar la placa palatina constantemente, hasta la edad de los 3 años que hacemos el cierre del paladar duro.*

Nuevamente, aparece una estudiante diciendo: *¿Te gustaría ver crecer saludable a tu niño? Podemos ayudarte, ofreciéndote herramientas sobre la higiene bucal y algunas recomendaciones para alimentar a tu hijo desde el nacimiento, brindándote así mayor confianza y seguridad.* Luego de esto sale

una madre cargando a su hijo en los hombros caminando hacia la cámara tomando sus rostros de alegría, de amor; una voz en off que dice: *Necesitamos tu apoyo porque eres una pieza importante en su vida.* Se entra en el tema de higiene bucal y en seguida aparecen imágenes de juegos, abrazos, risas entre madres su hijo con hendidura labio palatina demostrando que no existen limitaciones para compartir en familia al tenerse esta discapacidad.

Imágenes de niños jugando y la voz en off relatando lo siguiente: *La salud en nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La prevención es necesaria, por esto debes saber cómo realizar la higiene bucal a tu niño, cómo alimentarlo y qué alimentos incluir en una dieta balanceada, porque hay alimentos que son dañinos para nuestros dientes.*

Seguido se muestra una imagen de una madre y su pequeño hijo en brazos, en este cuadro la voz en off dice: *el niño con labio y paladar hendido necesita de un obturador palatino que permite separar la boca de la nariz, debido a que durante la alimentación se podría producir “regurgitación nasal”.*

Aparece un fondo negro con un texto que dice: *Elaboración de la placa palatina*, y se explica el procedimiento de la realización de la placa palatina, mientras la voz en off explica paso a paso:

- 1 *Para su elaboración se debe efectuar una impresión al paladar del bebé con la finalidad de confeccionar un modelo anatómico de la boca del niño.*
- 2 *Luego se hace un diseño del obturador palatino sobre el modelo.*
- 3 *Se reconstruye con cera rosada la porción ausente en el maxilar superior y se aísla el modelo con vaselina.*
- 4 *Con la técnica polvo-líquido vamos agregando los componentes sobre el modelo para su elaboración, respetando el diseño ya establecido en el modelo.*
- 5 *Una vez que polimeriza el acrílico, se desprende del modelo y se eliminan los excesos de material que puedan lastimar la boca del bebé.*
- 6 *Por último se pule para luego ser probado en boca y se instala.*

Después de una breve pausa, se hace el cambio de imágenes a un fondo negro con un texto que dice: *¿Cómo debes alimentar a tu bebé?* en seguida entra la especialista Zayda Barrios, profesora agregada de la Cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, la cual explica lo siguiente: *Desde el nacimiento una de las necesidades importantes a solventar en estos pacientes con labio y paladar hendido es la alimentación. La mayoría de estos bebés no pueden ser amamantados porque no tienen*

suficiente fuerza para succionar, por esta razón existen biberones y tetinas especiales.

La especialista muestra la tetina Nuk mientras la describe: *Una de ellas es la tetina Nuk, la cual es elaborada en latex natural suave, esta tetina tiene la característica de tener una punta bastante ancha, arqueada y puede por ello ser utilizada en pacientes con o sin obturador palatino. En el caso del paciente que no posee obturador palatino, este arqueado de la punta de la tetina permite el sello de la hendidura por lo tanto el flujo correcto de la leche cuando él succiona.*

La especialista muestra otra tetina y la describe: *Otro tipo de tetina es la tetina en caucho con una aleta flexible, esta tetina puede ser usada en un tetero estándar o común, al igual que la tetina Nuk.*

Luego de esto se hace el cambio de la especialista a unas imágenes de los biberones Mead Johnson Nurser y Haberman Feeder con sus nombres, mientras la voz en off dice: *existen además biberones en el mercado especiales para alimentar al niño con hendidura labio palatina como es el caso de el biberón Mead Johnson Nurser que es un biberón blando, de plástico, que se debe apretar suavemente mientras el bebé succiona, y tiene una tetina grande con un corte cruzado. Y el biberón Haberman Feeder que*

está especialmente diseñado con una válvula que ayuda a controlar el aire que el bebé toma y a impedir que la leche regrese al biberón.

La Dra. Zayda Barrios continúa diciendo: *De no disponer o adquirir estos dispositivos comercialmente podemos optar por otras opciones más sencillas para la alimentación de estos niños.* Aparece un fondo negro con un texto: *¿Cómo modificar la punta de una tetina estándar?* Y se muestra el procedimiento para realizar una técnica para modificarla mientras la voz en off dice: *para lograr la alimentación del bebé usted puede modificar la forma de la punta de una tetina común.* Se muestra a la especialista haciendo el procedimiento de las alternativas ofrecidas y la voz en off anuncia los pasos a seguir:

5. *Seleccione una tetina estándar.*
6. *Voltee la tetina de adentro hacia fuera.*
7. *Utilice una tijera para cortar una abertura en forma de "X" en la punta de la tetina, vuelva a voltear la tetina de afuera hacia adentro.*

Voz en off: Otra opción es:

- A. *Seleccione una tetina estándar.*
- B. *Voltee la tetina de adentro hacia fuera.*
- C. *Utilice un palillo para hacer una abertura a cada lado de la tetina, vuelva a voltear la tetina de afuera hacia adentro.*

Aparece un niño con hendidura, directamente sobre la imagen, en la parte inferior, en forma de cintillo, aparece un texto que indica lo siguiente: *Debes recordar que la leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos*, esta imagen se desplaza por otra que dice: *Recomendaciones para alimentar al niño*. Luego la madre lo toma en brazos y a continuación se presenta la técnica para amamantar al niño con hendidura labio palatina (la madre realiza paso a paso lo que la voz en off explica):

- 1. Coloque al bebé en una posición vertical o recostado a su pecho para reducir la regurgitación nasal. Puede elevar las piernas en un taburete o apoyar al bebé en una almohada para mayor comodidad.*
- 2. Ejercer presión sobre la aréola con los dedos para hacer que el pezón lleno sobresalga.*
- 3. Sostenga el pecho con la mano entre el pulgar y el índice, asegurándose de que el labio inferior del bebé esté doblado hacia afuera y que la lengua esté debajo del pezón.*
- 4. Se recomiendan ingestas frecuentes y cortas. Este proceso puede ser lento y frustrante; sin embargo, el bebé recibirá más calorías y, por lo tanto, aumentará de peso.*
- 5. Si la leche se escapa por la nariz, deje de amamantar al bebé por un momento para que pueda toser y estornudar, sosteniendo al bebé de forma vertical.*

6. *Los bebés con hendiduras necesitan eructar más a menudo porque tragan más aire durante la alimentación; vigile las señales de incomodidad que indican que está listo para eructar. .*

Nuevamente interviene la voz en off: *para limpiar las tetinas y biberones se deben seguir las siguientes recomendaciones (entra a la escena una persona donde se muestra sola las manos limpiando la tetina de acuerdo con la descripción del narrador)*

- *Lavar las tetinas y biberones en agua jabonosa tibia, luego enjuagar y secar al aire.*
- *Asegurar que el corte de la tetina estén libres de leche.*
- *No hervir en agua la tetina, ni colocarla en el horno microondas o en el lavaplatos.*

La voz en off sigue explicando mientras aparece la imagen de una madre alimentando a su hijo con una compota, que relacionan lo que dice: *al alimentar un niño con hendidura labio palatina al cual ya se le ha realizado una cirugía, usted debe tener en cuenta que el niño necesita una dieta blanda como cremas, purés, jugos, compotas y papillas.*

Luego aparece un trompo alimenticio y la voz en off dice: *los padres deben incluir en la dieta de los niños alimentos de los 5 grupos básicos de*

alimentación desde la aparición de los primeros dientes, para un correcto desarrollo y crecimiento del niño. Aparece la imagen del trompo con los alimentos.

Seguido de esto la imagen del trompo se desvanece y aparece una madre abrazando a su niño, mientras la voz en off dice: *ahora que sabes cómo debes alimentar a tu niño, a continuación te presentaremos una serie de recomendaciones para mantener su higiene bucal. Se presenta al padre dramatizando lo que la voz en off dice: la limpieza bucal del niño con hendidura labio palatina es igual a la de un niño sano. Al realizar la limpieza de la boquita de su bebé usted debe:*

- 1. Utilizar para limpiar las encías una tela húmeda o un trozo de gasa enrollado sobre el dedo índice.*
- 2. Y realizar movimientos lentos y cuidadosos.*

Inmediatamente se muestran cepillos dentales cuando la voz en off dice: *El cepillo dental es un instrumento necesario para eliminar la placa dental, aparece otro cepillo y se van mostrando las partes mientras la voz en off continúa diciendo: debe tener características apropiadas para los dientes infantiles: tamaño apropiado para la dentición, mango recto y pequeño, fibras de nylon y puntas redondeadas.*

Aparece un niño de 3 años con su madre realizando la técnica de cepillado a medida que la voz en off lo relata: *en el niño menor de 3 años los padres deberán realizar la totalidad del trabajo, dado que no presentan mucha habilidad para realizarla por sí mismos, para ello deben:*

- *Ubicar al niño de pie, de espalda y por delante de usted, apoyando la cabeza sobre su abdomen, con la mano izquierda se controlan los labios y las mejillas, y con la mano derecha se procede al cepillado.*

En este momento se enfocará de forma diagonal para mostrar la posición correcta.

- *Sujete el cepillo dental fijamente y realice movimientos circulares de un lado a otro de la boca, tanto por delante como por detrás de los dientes.*
- *Pero cuando lo hagas por detrás de los incisivos superiores, coloca el cepillo verticalmente haciendo movimientos hacia afuera.*

En seguida aparece un niño de 7 años de edad realizando la técnica de cepillado por sí mismo mientras la voz en off la dice: *Cuando el padre observe que el niño puede realizar la higiene bucal por sí mismo, puede permitirle realizarla con su supervisión, hasta que el niño tenga la total habilidad para efectuarla, la voz en off la describe:*

- *Se toma el cepillo en el fondo de la encía y se hacen movimientos de arriba hacia abajo aproximadamente 15 veces en la parte anterior de todos los dientes.*
- *Para la parte interna de los molares coloca el cepillo en un ángulo de 45° apoyado en la línea de las encías realizando movimientos cortos de arriba hacia abajo sin ejercer presión.*
- *En la parte interna de los dientes antero inferiores y superiores se coloca el cepillo vertical, efectuando movimientos cortos de adentro hacia afuera.*
- *Las superficies masticatorias se cepillan en forma circular.*

Para concluir el micro se muestran imágenes de padres junto a sus hijos compartiendo, jugando, sonriendo, disfrutando y amando. Mientras la voz en off concluye: *Es importante educar a la familia y así brindarles una oportunidad de mejorar la calidad de vida de sus hijos, ofreciéndoles soluciones a muchos problemas, recuerda que tu hijo es un ser maravilloso y tiene todas las oportunidades por delante, por lo tanto tratemos de darle una mejor calidad de vida.*

Por último se muestran los créditos y agradecimientos, y el logo del canal universitario.

GUIÓN TÉCNICO DEL VIDEO
(UTILIZADO POR EL CAMARÓGRAFO)

➤ **Guión técnico del video, utilizado por el camarógrafo.**

Numero de notas	Plano	Imagen	Mov. de cámara	Sonido	Texto (dialogo)	Locación
1	Medio	Br. Naiara Calderón Estudiante de Odontología.	_____	Voz en on	El labio y paladar hendido es una malformación frecuente en nuestro país y su incidencia va en aumento, al igual que la población. Investigaciones de Operación Sonrisa en el 2006 confirman que en Venezuela nacen 4.500 niños con este problema.	Instalaciones de la Facultad de Odontología
2	Medio	Dra. María Cristina Sánchez. Cirujano pediátrico y cirujano plástico infantil del IAHULA	Zoom	Voz en on	<i>Desde: La hendidura labio palatina es una malformación congénita...</i> <i>Hasta... como tenemos un eslogan paciencia</i>	Consultorio de cirugía pediátrica del IAHULA

3	Medio	Br. Romina Arismendi Estudiante de Odontología.	_____	Voz en on	¿Te gustaría ver crecer saludable a tu niño? Podemos ayudarte, ofreciéndote herramientas sobre la higiene bucal y algunas recomendaciones para alimentar a tu hijo desde el nacimiento, brindándote así mayor confianza y seguridad.	Instalaciones de la Facultad de Odontología
4	Medio	Madre cargando a su hijo en los hombros hacia la cámara.	Zoom out Paneo Till Down Zoom	Voz en off	Desde: Necesitamos tu apoyo porque eres una... Hasta: ...tenerse esta discapacidad.	Locaciones abiertas (parque)
5	Toma secuencia	Niños jugando en parque.	_____	Voz en off	La salud en nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La prevención es necesaria, por esto debes saber cómo realizar la higiene bucal a tu niño, cómo alimentarlo y qué alimentos incluir en una dieta balanceada, porque hay alimentos que son dañinos para nuestros dientes.	Locación abierta (parque)

6	Primer plano	Madre y su pequeño hijo en brazos.	Closet up	Voz en off	El niño con labio y paladar hendido necesita de un obturador palatino que permite separar la boca de la nariz, debido a que durante la alimentación se podría producir “regurgitación nasal”	Habitación principal de una casa
7	Primer plano	Madre y su pequeño hijo en brazos,	_____	Voz en off	Después del nacimiento del bebé, la alimentación será una de las primeras necesidades que los padres deben satisfacer. Al igual que cualquier otro bebé, los niños que nacen con hendidura labio palatina necesitan tiempo para aprender a alimentarse porque tiene una abertura en el techo de la boca, esto impide que el niño pueda succionar correctamente el pezón o el biberón. Durante la alimentación la leche puede salir por la nariz del bebé, lo cual se llama “regurgitación nasal	Habitación principal de una casa

8	Primer plano	Procedimiento de la realización de la placa palatina.	_____	Voz en off	Desde: Para su elaboración... Hasta: ...ser probado en boca y se instala.	Servicio de Odontopediatría del IAHULA
9	Medio	Zaida Barrios Prof. De Odontopediatría.	Zoom in	Voz en on	Desde: Desde el nacimiento una... Hasta:... al igual que la tetina Nuk.	Consultorio odontológico
10	Medio	Zayda Barrios Prof. De Odontopediatría.	Zoom in	Voz en on	De no disponer o adquirir estos dispositivos comercialmente podemos optar por otras opciones más sencillas para la alimentación de estos niños.	Consultorio odontológico
11	Plano medio Plano detalle	Procedimiento para realizar una técnica para modificar la forma de la punta de una tetina común.	_____	Voz en off	Para lograr la alimentación del bebé usted puede modificar la forma de la punta de una tetina común Desde: Seleccione una tetina estándar... Hasta: ... de afuera hacia adentro.	Consultorio odontológico

12	Primer plano Picado Plano medio	Madre amamantando al niño.	Zoom Zoom in	Voz en off	Desde: Coloque al bebé en una posición... Hasta: que está listo para eructar.	Habitación principal de una casa
13	Plano medio	Limpieza de tetinas y biberones.	Zoom in	Voz en off	Desde: para limpiar las tetinas y biberones... Hasta: ... microondas o en el lavaplatos.	Consultorio odontológico
14	Plano medio	Madre alimentando al niño	_____	Voz en off	Desde: Al alimentar un niño... Hasta: ... compotas y papillas.	Servicio de Odontopediatría del IAHULA
15	Toma secuencia	Madre abrazando a su hijo.	_____	Voz en off	Desde: ahora que sabes... Hasta:...mantener su higiene bucal.	Pasillo de una casa
16	Plano detalle	Padre limpiando con una gasa la boca del bebé.	Zoom in	Voz en off	Desde: La limpieza bucal... Hasta: ... lentos y cuidadosos.	Habitación principal de una casa

17	Plano detalle	Madre cepillando al niño de 3 años.	Zoom in	Voz en off	Desde: en el niño menor de 3 años... Hasta: ... hacia afuera	Baño de una casa
18	Plano detalle	Niño de 7 años cepillándose.	_____	Voz en off	Desde: <i>Cuando el padre...</i> Hasta: <i>... en forma circular</i>	Baño de una casa
19	Toma secuencia	Niños jugando	_____	Voz en off	Desde: <i>Es importante educar...</i> Hasta: <i>... mejor calidad de vida.</i>	Locación abierta (parque)

➤ **Guión técnico del video utilizado por el editor.**

Asunto: Micro informativo – facultad de odontología complemento del trabajo especial de grado	
Logo de la ULA. Titulo: Recurso audiovisual en formato de video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para niños con hendidura labio palatina, dirigido a sus padres y representantes.	Fondo musical
Generador de caracteres Br. Naiara Calderón Estudiante de Odontología.	El labio y paladar hendido es una malformación frecuente en nuestro país y su incidencia va en aumento, al igual que la población. Investigaciones de <i>Operación Sonrisa en el 2006 confirman que en Venezuela nacen 4.500 niños con este problema.</i>
Fondo negro (solo texto) ¿Sabes de qué se trata la hendidura labio palatina?	Fondo musical
Generador de caracteres Dra. María Cristina Sánchez. Cirujano pediátrico y cirujano plástico infantil del IAHULA.	<i>Desde: La hendidura labio palatina es una malformación congénita...</i> <i>Hasta:.. como tenemos un eslogan paciencia</i>
Fondo negro (solo texto) ¿Cuándo realizar las cirugías?	Fondo musical
Generador de caracteres Dra. María Cristina Sánchez. Cirujano pediátrico y cirujano plástico infantil del IAHULA.	Desde: El labio se opera después... Hasta:... <i>el cierre del paladar duro</i>
Generador de caracteres Br. Romina Arismendi Estudiante de Odontología.	<i>¿Te gustaría ver crecer saludable a tu niño? Podemos ayudarte, ofreciéndote herramientas sobre la higiene bucal y algunas recomendaciones para alimentar</i>

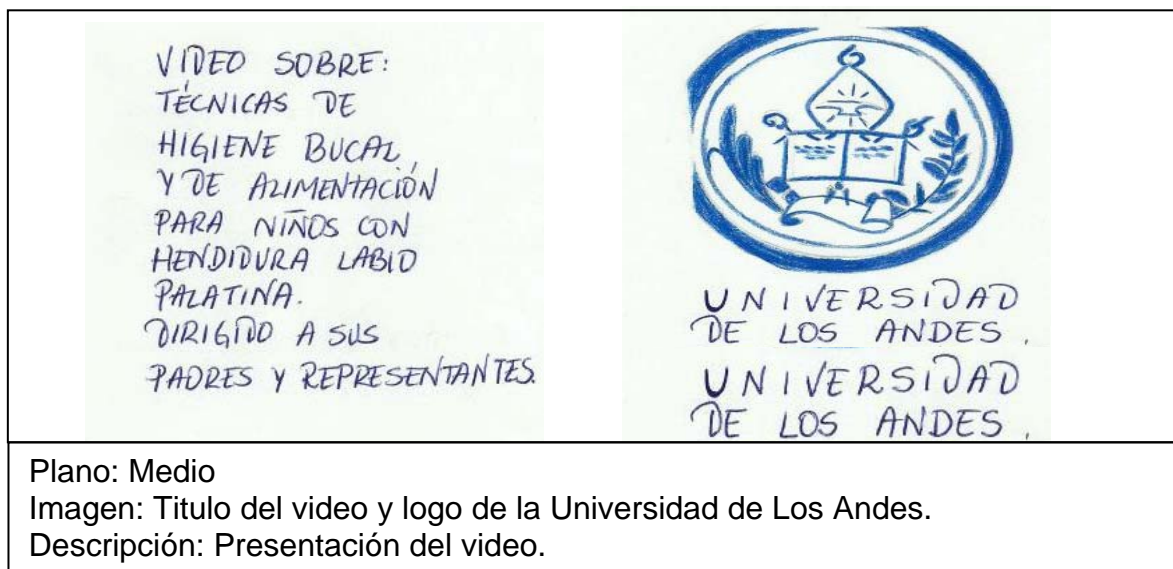
	<i>a tu hijo desde el nacimiento, brindándote así mayor confianza y seguridad.</i>
LOC EN OFF Tomas sugeridas: Madre cargando a su hijo en los hombros hacia la cámara.	Desde: <i>Necesitamos tu apoyo porque eres una...</i> Hasta: <i>...tenerse esta discapacidad.</i>
LOC EN OFF Tomas sugeridas: Niños jugando en parque.	<i>La salud en nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La prevención es necesaria, por esto debes saber cómo realizar la higiene bucal a tu niño, cómo alimentarlo y qué alimentos incluir en una dieta balanceada, porque hay alimentos que son dañinos para nuestros dientes.</i>
LOC EN OFF Tomas sugeridas: Imagen de una madre y su pequeño hijo en brazos.	<i>El niño con labio y paladar hendido necesita de un obturador palatino que permite separar la boca de la nariz, debido a que durante la alimentación se podría producir "regurgitación nasal"</i>
Fondo negro (solo texto) Elaboración de placa palatina.	Fondo musical
LOC EN OFF Tomas sugeridas: Procedimiento de la realización de la placa palatina.	Desde: <i>Para su elaboración...</i> Hasta: <i>...ser probado en boca y se instala.</i>
Fondo negro (solo texto) ¿Cómo debes alimentar a tu bebé?	Fondo musical
G. D Zayda Barrios Prof. De Odontopediatría.	Desde: <i>Desde el nacimiento una...</i> Hasta: <i>... al igual que la tetina Nuk.</i>

<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Imágenes de los biberones Mead Johnson Nurser y Haberman Feeder con su nombre.</p>	<p>Desde: <i>Existen además biberones....</i> Hasta: <i>.... la leche regrese al biberón.</i></p>
<p>G. D Zayda Barrios Prof. de Odontopediatría de la clínica integral del niño de FOULA.</p>	<p><i>De no disponer o adquirir estos dispositivos comercialmente podemos optar por otras opciones más sencillas para la alimentación de estos niños.</i></p>
<p>Fondo negro (solo texto) Pasos para confeccionar una tetina.</p>	<p>Fondo musical</p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Procedimiento para realizar una técnica para modificar la forma de la punta de una tetina común.</p>	<p><i>Para lograr la alimentación del bebé usted puede modificar la forma de la punta de una tetina común</i> Desde: <i>Seleccione una tetina estándar...</i> Hasta: <i>... de afuera hacia adentro.</i></p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Procedimiento para realizar una técnica para modificar la forma de la punta de una tetina común.</p>	<p>Desde: <i>Seleccione una tetina estándar...</i> Hasta: <i>... de afuera hacia adentro.</i></p>
<p>Toma sugerida: Niño con hendidura labio palatina.</p> <p>En la parte inferior, en forma de cintillo, aparece un texto: <i>Debes recordar que la leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos.</i></p> <p><i>Luego un texto: Recomendaciones para alimentar al niño.</i></p>	<p>Fondo musical</p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Madre amamantando al niño.</p>	<p>Desde: <i>Coloque al bebé en una posición...</i> Hasta: <i>.... que está listo para eructar.</i></p>

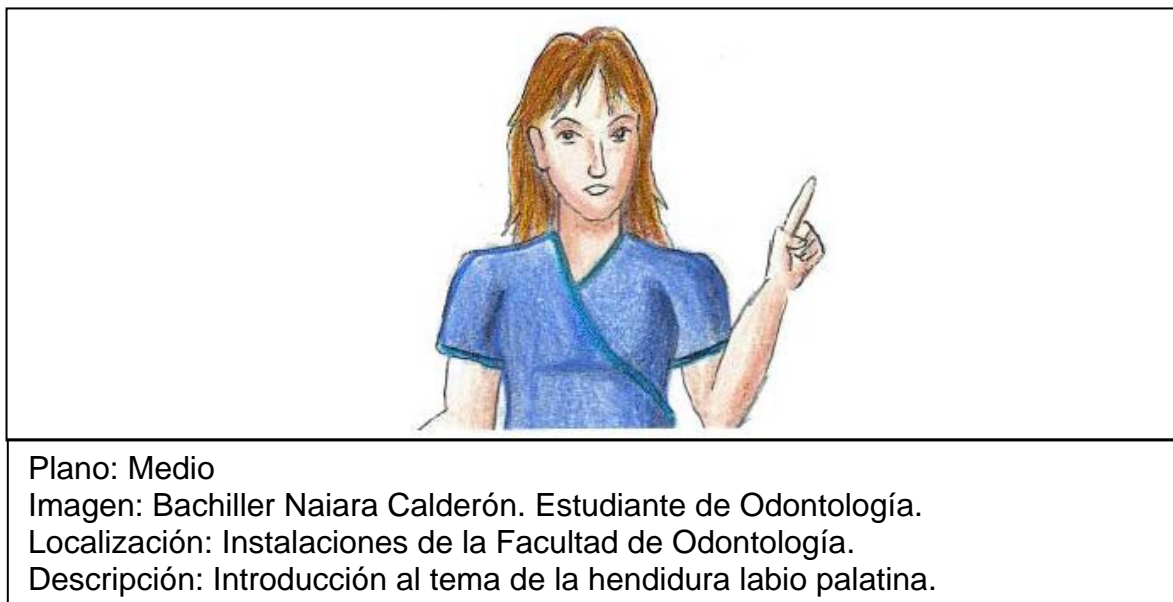
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Limpieza de tetinas y biberones.</p>	<p>Desde: <i>para limpiar las tetinas y biberones...</i></p> <p>Hasta: <i>... microondas o en el lavaplatos.</i></p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Madre alimentando al niño.</p>	<p>Desde: <i>Al alimentar un niño...</i></p> <p>Hasta: <i>... compotas y papillas.</i></p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Trompo alimenticio.</p>	<p>Desde: <i>Los padres deben incluir en...</i></p> <p>Hasta: <i>... y la ingesta de agua.</i></p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Madre abrazando a su hijo.</p>	<p>Desde: <i>ahora que sabes...</i></p> <p>Hasta: <i>...mantener su higiene bucal.</i></p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Padre limpiando con una gasa la boca del bebé.</p>	<p>Desde: <i>La limpieza bucal...</i></p> <p>Hasta: <i>... lentos y cuidadosos.</i></p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Cepillos dentales y luego un cepillo con sus partes.</p>	<p>Desde: <i>El cepillo dental es un instrumento...</i></p> <p>Hasta: <i>...y puntas redondeadas.</i></p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Madre cepillando al niño de 3 años.</p>	<p>Desde: <i>en el niño menor de 3 años...</i></p> <p>Hasta: <i>... hacia afuera.</i></p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Niño de 7 años cepillandose.</p>	<p>Desde: <i>Cuando el padre...</i></p> <p>Hasta: <i>... en forma circular.</i></p>
<p>LOC EN OFF Toma sugerida: Niños jugando.</p>	<p>Desde: <i>Es importante educar a...</i></p> <p>Hasta: <i>... mejor calidad de vida.</i></p>

➤ **Story board del video.**

Nº 1



Nº 2



Nº 3

Plano: Medio

Imagen: Doctora María Cristina Sánchez. Cirujano pediátrico y cirujano plástico infantil del IAHULA.

Localización: Consultorio de cirugía pediátrica del IAHULA.

Descripción: Explicación teórica acerca de la hendidura labio palatina.

Nº 4

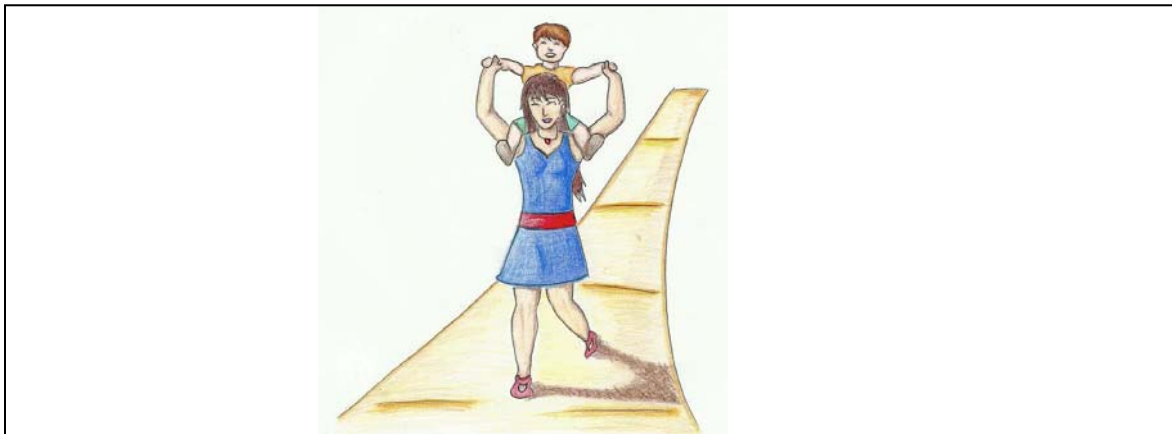
Plano: Medio

Imagen: Bachiller Romina Arismendi. Estudiante de Odontología.

Localización: Instalaciones de la Facultad de Odontología.

Descripción: Introducción al tema de la hendidura labio palatina.

Nº 5



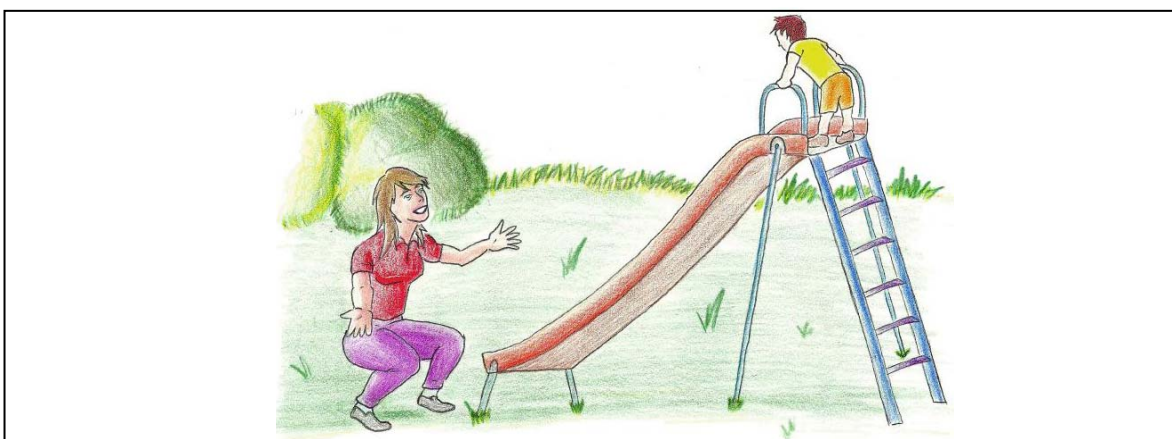
Plano: Medio

Imagen: Madre cargando a su hijo en hombros hacia la cámara.

Localización: Parque.

Descripción: Introducción al tema de la hendidura labio palatina.

Nº 6



Plano: Toma en secuencia

Imagen: Madre jugando con su hijo.

Localización: Parque.

Descripción: Introducción al tema de la salud bucal y prevención.

Nº 7



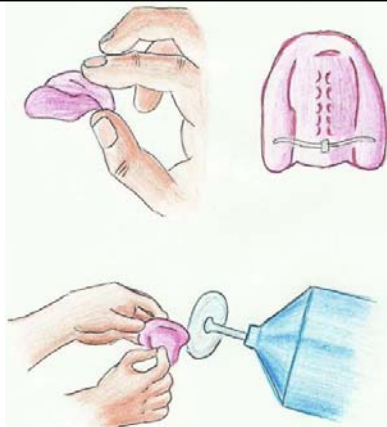
Plano: Primer plano

Imagen: Madre cargando a su hijo en brazos.

Localización: Habitación principal de una casa.

Descripción: Se explica la importancia del obturador palatino.

Nº 8



Plano: Primer plano

Imagen: Procedimiento para elaborar la placa palatina.

Localización: Servicio de Odontopediatría del IAHULA.

Descripción: Se explica paso a paso como se realiza la placa palatina.

Nº 9

Plano: Medio

Imagen: Zaida Barrios. Profesora de Odontopediatría de la FOULA.

Localización: Consultorio Odontológico.

Descripción: Explicación acerca de las tetinas v biberones especiales.

Nº 10

Plano: Detalle

Imagen: Biberones Mead Johnson y Haberman Feeder.

Descripción: Explicación acerca de los que existen en el mercado, disponibles en la Web.

Nº 11



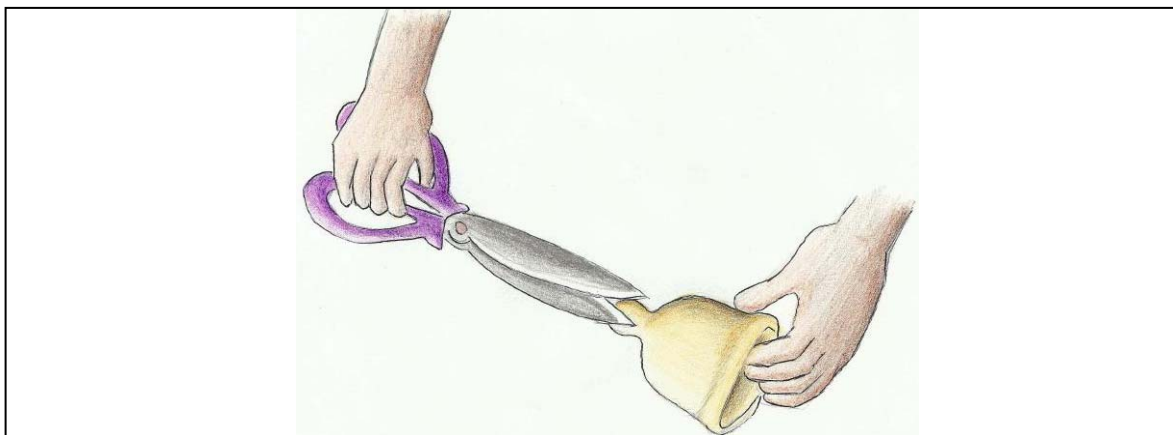
Plano: Medio

Imagen: Zaida Barrios. Profesora de Odontopediatría de la FOULA.

Localización: Consultorio Odontológico.

Descripción: Explicación de las sugerencias para confeccionar una tetina.

Nº 12



Plano: Detalle y plano medio

Imagen: Zaida Barrios. Profesora de Odontopediatría de la FOULA.

Localización: Consultorio Odontológico.

Descripción: Técnica para modificar la punta de una tetina común.

Nº 13

Plano: Medio

Imagen: Niño con hendidura labio palatina.

Descripción: Técnica para modificar la punta de una tetina común.

Nº 14

Plano: Primer plano, picado y plano medio

Imagen: Madre amamantando a su niño.

Localización: Habitación de una casa.

Descripción: Recomendaciones para alimentar al bebé.

Nº 15



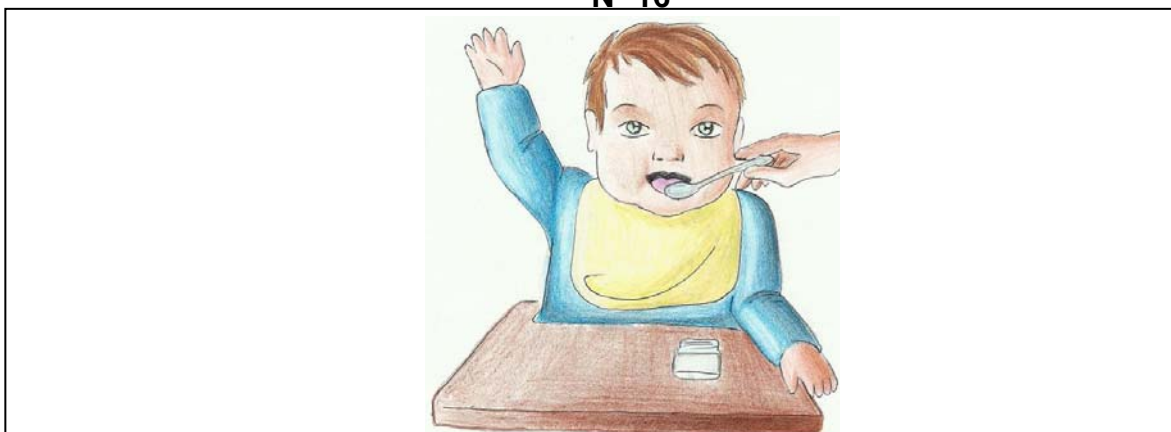
Plano: Medio

Imagen: Limpieza de tetinas y biberones.

Localización: Consultorio Odontológico.

Descripción: Instrucciones para lavar las tetinas v biberones.

Nº 16



Plano: Medio

Imagen: Niño comiendo compota.

Localización: Servicio de Odontopediatría del IAHULA.

Descripción: Alimentación de un niño luego de los 6 meses de nacido.

Nº 17



Plano: Medio

Imagen: Trompo alimenticio.

Descripción: Sugerencias sobre la alimentación balanceada en niños.

Nº 18

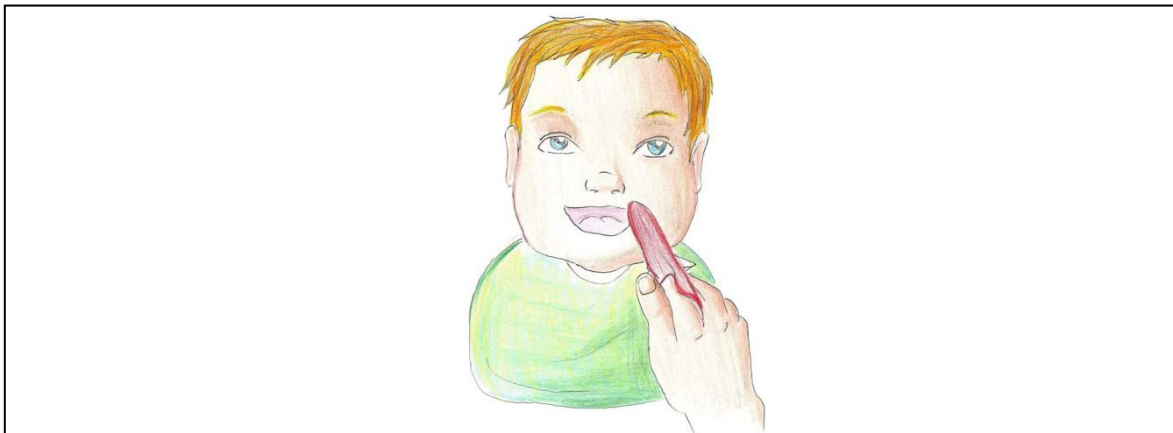


Plano: Toma secuencia

Imagen: Madre abrazando a su hijo.

Localización: Pasillo de una casa.

Descripción: Introducción al tema de higiene bucal.

Nº 19

Plano: Plano detalle

Imagen: Padre haciendo la limpieza bucal del bebé.

Localización: Habitación de una casa.

Descripción: Se muestra paso a paso como realizar la limpieza con una daga.

Nº 20

Plano: Plano detalle

Imagen: Cepillo dental.

Descripción: Se muestra un cepillo dental con sus características.

Nº 21

Plano: Plano detalle

Imagen: Madre cepillando los dientes a niño de 3 años.

Localización: Baño de una casa.

Descripción: Se describe la técnica de cepillado para niños menores de 3 años.

Nº 22

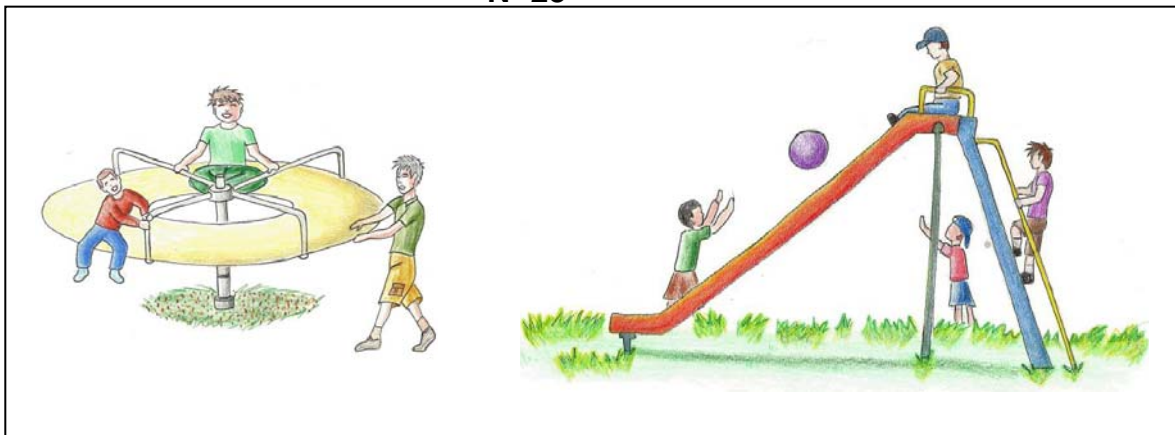
Plano: Plano detalle

Imagen: Niño de 7 años cepillándose los dientes.

Localización: Baño de una casa.

Descripción: Se describe la técnica de cepillado para niños mayores de 7 años.

Nº 23



Plano: Toma secuencia
Imagen: Niños jugando en un parque.
Localización: Parque.
Descripción: Conclusión del video.

CAPÍTULO V

RESULTADOS DEL PROYECTO

5.1 Resultado

Se elaboró como producto final del proyecto un video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para niños con hendidura labio palatina, dirigido a sus padres y representantes.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Al atender un niño con hendidura labio palatina cambia notablemente los métodos convencionales de tratamiento dental. Por tanto, el odontólogo deberá considerar la labor de atenderlo como un reto, brindándoles una atención de calidad y con calidez humana y tomando en cuenta las estrategias para el manejo odontológico de las personas con características diferentes de aquellas que no tienen ningún tipo de limitación.

La elaboración de un video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para niños con hendidura labio palatina debe partir de las inquietudes y necesidades de la población a la cual se pretende llegar, como lo reflejan las evidencias científicas, ya que diferentes autores han debatido y coinciden en la necesidad de orientar a los padres y representantes de niños con hendidura labio palatina para mantener en los niños una buena salud bucal y general.

Asimismo, se diagnosticó la necesidad de este video por medio de una encuesta realizada a los padres y representantes de los niños con hendidura

labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del IAHULA, quienes expresaron su inquietud sobre la dificultad de alimentar a los niños en las edades tempranas y la técnica que deben aplicar para realizar la higiene bucal. Igualmente, afirman que es importante un recurso audiovisual que les brinde mayor información, y que sea de fácil acceso, debido a que la mayoría de ellos provienen de poblaciones alejadas.

El video se elaboró de forma tal que sea sencillo y entendible por los padres, para su visualización se requiere de un televisor, un DVD o una computadora estando disponible en un CD que solo. De igual manera, se procuró que sea fácilmente reproducible, aunque estará disponible en la televisora regional ULA tv, la cual lo transmitirá como material educativo para la población merideña.

Esta investigación, permitió comprender que a pesar de que algunas personas poseen condiciones físicas diferentes, no debe ser motivo de exclusión social, sino de encontrar la manera más adecuada de involucrarlos en actividades que permiten su desarrollo integral.

Al realizar un recurso audiovisual en odontología se presentan dificultades durante su desempeño ya que se desconoce de esa materia, es necesario asesoramiento externo.

RECOMENDACIONES

- Es necesario continuar con programas preventivos en salud bucal para personas con discapacidades, basados en sus necesidades y posibilidades.
- Crear modelos específicos para diferentes tipos de población con discapacidad, tomando en cuenta sus condiciones socio-culturales y sus necesidades básicas de salud.
- El odontólogo debe contar con recursos didácticos haciendo uso de su creatividad, para obtener experiencias que satisfagan las necesidades de las personas con familiares que presentan hendidura labio palatina.
- No olvidar la importancia de una población más educada en salud bucal, independientemente de que presente o no alguna discapacidad.
- Realizar trabajos de investigación que evalúen la efectividad del video, mediante su aplicación en padres y representantes de niños con hendidura labio palatina.

- Se observó la importancia de que el odontólogo participe en equipos multidisciplinarios para proponer estrategias que aseguren una mejor calidad de salud bucal e integral en la población especialmente aquella con necesidades especiales.

REFERENCIAS

- Alsada, L., Sigal, M., Limeback, H., Fiege, J. y Kulkarni G. (2005). Development and Testing of an Audio-visual Aid for Improving Infant Oral Health through Primary Caregiver Education. *Journal of the Canadian Dental Association*, 71(4): 241a-241h. Recuperado el 06 de marzo del 2010 en:
<http://www.cda-adc.ca/JCDA/vol-71/issue-4/241.pdf>
- Al-Dajani, M. (2009). Comparison of Dental Caries Prevalence in Patients With Cleft Lip and/or Palate and Their Sibling Controls. *Cleft Palate-Craneofacial Journal*, 46, 5, pp. 529-531.
- Asociación Aragonesa de Apoyo a la Lactancia Materna (2004). *Amamantar y trabajar*. Recuperado el 06 de marzo del 2010 en:
http://www.durga.org.es/webdelparto/images/amamantar_y_trabajar.pdf
- Asociación Dental Americana (1997-2009). *Labio leporino y paladar hendido*. En: MedLine Plus. Enciclopedia Médica. Bethesda, MD: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU y los Institutos Nacionales de la Salud. Descargado el 06/11/2009 en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001051>.
- Asociados quirúrgicos pediátricos de Texas (2008). *Hendidura del labio superior y paladar hendido*. Recuperado el 06 de marzo del 2010 en:
http://www.pedisurg.com/SpanishPediSurg/sphendidura_ls_y_ph.htm
- Atemprana. (2010). *Tetinas de silicona anatómicas*. Recuperado el 19 de octubre del 2010 en:
<http://www.atemprana.com/FichaArticulo~x~Tetinas-de-silicona-anatomicas~IDArticulo~307~IDDetalleCatalogo~2739.html>
- Barbería, E. (2001). *Odontopediatría*. Barcelona-España. Editorial Masson, 2da. Edición.

- Bracho, J. y Bracho, J. (1987). Fisuras labio alveolo palatinas. Quito-Ecuador.
- Bebé y más. (2009). *Lactancia*. Recuperado el 06 de marzo del 2010 en: www.bebesymas.com
- Bordwell, D., Staiger, J. y Thompson, K. (1997). *El cine clásico de Hollywood*. Barcelona: Paidós.
- Bravo, L. (1996). ¿Qué es el vídeo educativo?. *Comunicar*, 6. pp. 100-105. Recuperado el 14 de mayo de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15800620>
- Camero, D. Rodríguez, E. (2008). Competencias y disponibilidad de insumos para el desempeño de los estudiantes de la practica odontológica III en el Hospital Universitario de Los Andes. Tesis de grado sin publicación. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.
- Cameron, A. y Widmer R. (2000). *Manual de odontología pediátrica*. Madrid: Harcourt.
- Cátedra de odontología pediátrica de la Universidad Central de Venezuela. (1996). Conceptos básicos en odontología pediátrica. Editorial DISINLIMED, C.A. Caracas. Pp 480- 560.
- Cheng, L., Moor, S. y Ho, Ch. (2007). Predisposing Factors to Dental Caries in Children With Cleft Lip and Palate: A Review and Strategies for Early Prevention. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 44, 1. pp. 67-72.
- Cherfên, B., Gómez, C., Abreu, A., Soto, N., Leonelli, M. y De Melo J. (2009). Cuidados bucales en pacientes con fisuras de labio y/o paladar. *Acta odontológica venezolana*, 47, 1. Recuperado el 14 de abril de 2009 en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/1/art32.asp>
- Chuacharoen, R., Ritthagol, W., Hunsrisakhun, J. y Nilmanat, K. (2009). Felt Needs of Parents Who Have a 0- to 3-Month-Old Child With a Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 46, 3. pp. 252-257.
- Cleft Palate Foundation. (2006). *Feeding Your Baby* [Video]. Recuperado el 27 de febrero del 2010 en: http://www.cleftline.org/parents/feeding_your_baby

- Cleft Palate Foundation. (2009a). *Alimentando a su bebé* (4ta ed.) [Folleto]. Chapel Hill: autor. Recuperado el 27 de febrero del 2010 en: <http://www.cleftline.org/docs/Booklets/FDG-02.pdf>
- Cleft Palate Foundation (2009b). *Feeding your baby* (4ta ed.) [Folleto]. Chapel Hill: autor. Recuperado el 06 de marzo del 2010 en: <http://www.cleftline.org/docs/Booklets/FDG-01.pdf>
- Contreras, A. y Sánchez, M. (2003). Incidencia de hendidura labio palatina. *Boletín del Hospital J.M. de Los Ríos*, 39, 3. pp. 33-38.
- Corbo, J. y Marimón, L. (2001). Labio y Paladar Fisurado. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 4. pp. 379- 385. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n4/mgi11401.pdf>
- Cuidado infantil (2008). *¿Cómo alimentar a mi bebé con labio leporino?* Recuperado el 06 de marzo del 2010 en: <http://www.cuidadoinfantil.net/como-alimentar-a-mi-bebe-con-labio-leporino.html>
- Dávila, M., Mujica, M. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. *Acta Odontológica Venezolana*, 46, 3. Recuperado el 14 de abril de 2010 en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/programa_educativo_escolares.asp
- De Figueiredo, W., Ferelle, A. y Issao, M. (2000). *Odontología para el bebé*. Sao Paulo: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas.
- Dentaid (2009). *Limpieza dental en bebés*. Recuperado el 06 de marzo del 2010 en: <http://www.dentaid.es/es/conceptos-basicos.php?m=3&c=30>
- Ertmer, P. y Newby, T. (1993). Conductismo, cognitivismo y constructivismo: Una comparación de los aspectos críticos desde la perspectiva del diseño de instrucción. *Performance Improvement Quarterly*, pp 11-13. Recuperado el 02 de octubre del 2010 en: http://ares.unimet.edu.ve/programacion/psfase3/modII/biblio/CONDUCTISMO_%20COGNITIVISMO_%20CONSTRUCTIVISMO.pdf

- Escobar, M., Aguirre, L., Díaz, V., León, L., Moreno P. y Soto, S. (2009). Educación para la salud en una empresa social del estado del primer nivel de atención. Manizales, 2008. *Hacia la Promoción de la Salud*, 14, 1. pp. 54-67. Recuperado el 06 de Julio de 2010 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v14n1/v14n1a04.pdf>
- Fandos M, Jiménez, J. y González A. (2004). *Los medios y recursos en la formación*. Recuperado el 04 de mayo del 2010 en: http://www.ice.urv.cat/cursos/docencia_universitaria/medio_rec.pdf
- Farmacia Internacional (2010). *Productos NUK*. Recuperado el 06 de marzo del 2010 en: http://www.farmacaiinternacional.net/tienda/advanced_search_result.php?keywords=tetina+nuk
- Fernández, F. y Martínez, J. (1998). *El Guión. Manual básico de lenguaje y narrativa audiovisual*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Flórez, R. (2001). *Evaluación pedagógica y cognición*. Colección Docente del siglo XXI. Bogotá: McGraw – Hill Interamericana S.A.
- Fundación del paladar hendido (2006). *Cuidado dental para un niño con labio hendido y paladar hendido*. Recuperado el 28 de octubre de 2009 en: http://www.cleftline.org/docs/PDF_Factsheets/Spanish_Dental.pdf
- Fundación de Paladar Hendido (2008). *Los cuatro primeros años*. (3era edición). Recuperado el 17 de mayo de 2010 en: <http://www.cleftline.org/espanol/publicaciones>
- Garcez, L. y Giugliani, E. (2005). Estudio basado en la práctica de amamantamiento de niños con labio y paladar hendido. *Cleft Palate-Craneofacial Journal*, 42, 6, pp. 687-693.
- Glenny, A., Hooper, L., Shaw, B., Reilly, S., Kasem, S. y Reid, J. (2007). Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library, Issue 1*, Art. No. CD003315. DOI: 10.1002/14651858.CD003315.pub3. Recuperado el 03 de Marzo del 2010 en: <http://cochrane.bvsalud.org>

- González, A., González, A., Ramírez, C., Urzúa M., González, J. y López, S. (2006). *Incidencia de Labio y Paladar Hendido en las Clínicas Periféricas Odontológicas de la FES Iztacala, UNAM, en el año 2005 y la relación de esta afección con las deficiencias en la estructura socioeconómica y política del país en la actualidad*. Presentado en la sesión de carteles del XVII Coloquio de Investigación Estudiantil del Módulo de Laboratorio II de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado el 27 de octubre de 2009 en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXVII/contenido/marco_indice.htm
- Guedes-Pinto, A. (2003). *Rehabilitación bucal en odontopediatría*. Editorial AMOLCA: Colombia.
- Guerrero T. y Flores H. (2009). Teorías del aprendizaje y la instrucción en el diseño de materiales didácticos informáticos. *Educere*, 13, 45. pp. 317 - 329. Recuperado el 11 de Julio de 2010 en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29266/1/articulo7.pdf>
- Habbaby, A. (2000). *Enfoque integral del niño con fisura labio palatina*. Buenos Aires: Editorial médica latinoamericana.
- Hernández, R. Fernández, C. Batista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 3era edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Hernández, R. (2002). *Contribuciones al análisis estadístico*. Mérida: Universidad de Los Andes
- Higashida, B. (2000). *Odontología preventiva*. D.F. México. Editorial McGraw- Hill Interamericana.
- H´Luz, D., Rentería, M., Villalobos, E., Villafuerte, A. y Andrade, F. (1999). Incidencia de fisuras labio palatinas en recién nacidos en el Hospital Central Militar y su manejo inicial por parte del servicio de odontopediatría. *Medicinal Oral*, 1, 4. pp. 113-117.
- Houston Plastic and Craniofacial Surgery (2009). *Cleft Lip & Palate*. Descargado el 21 de abril de 2010 en: <http://www.drseanboutros.com/cleft-lip-a-palate.html>

- Hurtado, J. (2000). *Metodología de la Investigación Holística*. (4ta edición) Sypal. Caracas. Venezuela.
- Hurtado, J. (2007). *El proyecto de investigación* (5ta edición). Caracas: Ediciones Quirón- Sypal.
- Infante, J. y Marchena, A. (2008). *Material instructivo táctil en salud bucal para jóvenes y adultos del centro de atención integral de ciegos y deficiencias visuales*. Trabajo Especial de Grado. Universidad de Los Andes, Facultad de Odontología, Mérida, Venezuela.
- Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y social. (2006). *Guía para la presentación de proyectos* (27ª edición). México: siglo veintiuno editores.
- Jiménez B., González A. y Ferreres V. (1989). *Modelos didácticos para la innovación educativa*. Barcelona: PPU
- Kimura, T. (1995). *Atlas de Cirugía Ortognática Maxilofacial Pediátrica*. Caracas: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica.
- Koch, G., Modeèr, T., Poulsen, S. y Rasmussen, P. (1994). *Odontopediatría. Enfoque clínico*. Buenos Aires: Editorial médica panamericana.
- Ley de ejercicio de la odontología. (1970). Gaceta oficial de la República de Venezuela, N° 29.288. Agosto 10.
- Ley de responsabilidad social en radio y televisión. (2005). Gaceta oficial de la República de Venezuela, N° 38.333. Diciembre 12.
- Lucas, V., Gupta, R., Ololade, O., Gelbier, M. y Graham, J. (2000). Dental Health Indices and Caries Associated Microflora in Children With Unilateral Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, vol. 37 No. 5. pp. 447-452. Recuperado el 14 de abril del 2010.
- McDonald, R. y Avery, D. (1990). *Odontología pediátrica y del adolescente*. 5ta Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Monserat E., Zambrano, J., Ghanem A., Cedeño, J. y Maza W. (2000). Labio y paladar hendidos. Reporte de un caso. *Acta odontológica*, 38, 2. Recuperado el 03 de octubre del 2009 en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/2/labio_paladar_hendidos.asp

Naghi, Mohammad (2000). Metodología de la investigación (2da edición). México: Editorial Limusa.

Odontobebé. (2009). *Cuidados en bebés con labio leporino*. Recuperado el 03 de marzo del 2010 en: <http://www.odontobebe.odontovida.com/2009/02/paladar-hendido-tiene-solucion.html>

Operación Sonrisa Venezuela. (2006). Cambiando vidas con una sonrisa. Recuperado el 03 de octubre del 2009 en: <http://www.sonrisa.org.ve/le.htm>

Organización mundial de la salud. (2007). Salud bucodental. Recuperado el 03 de octubre del 2009 en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html>

Oviedo, S. (2005). *Desarrollo de un material educativo computarizado como estrategia instruccional para el proceso enseñanza-aprendizaje de la asignatura materno infantil, contenido cuidados inmediatos del recién nacido. Caso: Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes*. Tesis de maestría. Universidad Fermín Toro, Barquisimeto, Venezuela.

Patrón, G., Torres, H., Yezioro, S. y Benavides B. (2009). *Guía de manejo de pacientes con labio y/o paladar hendido*. Bogotá: Fundación Hospital de La Misericordia. Recuperado el 05 de mayo de 2010 en: http://www.unal.edu.co/odontologia/docs/habilitacion_homi/7.%20Guia%20de%20manejo%20de%20pacientes%20con%20labio%20y%20o%20paladar%20hendido.pdf

Pinkham, J. (1991). *Odontología pediátrica*. México DF: Editorial Interamericana McGraw- Hill.

Plaza, M. y Rivas, M. (2009). *Instructivo multimedia para la promoción de la salud bucal en la población de Los Nevados del estado Mérida*. Tesis de pre-grado. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Pozú, J. (2009). *Cómo producir un video educativo*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Educación. Unidad de

Recursos Educativos. Recuperado el 04 de abril del 2010 en:
<http://www.upch.pe/faedu/documentos/documentos/cpvideo.htm>

Procuraduría federal del consumidor (2008). *Enjuagues bucales. La promesa del aliento perfecto*. Revista del consumidor. pp. 44-51. México. Recuperado el 27 de febrero del 2010 en:
http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_09/4451%20Enguejes20bucuales.pdf

Ramírez, E., Cauvi, D. y Rajevic, Z. (1995). Salud bucal en pacientes portadores de labio leporino y/o fisura velopalatina. *Odontología Chilena*, 43, 1. pp: 1-6. Recuperado el 12 de enero del 2010 en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-193867>

Redondo, P. (2004). *Introducción a la Educación para la Salud*. Recuperado el 04 de mayo del 2010 en:
<http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>

Regezi, J. y Sciubba, J. (2000). *Patología bucal: correlaciones clinicopatológicas*. México: McGraw-Hill

Reynoso L. y Seligson I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México D.F.: Editorial El manual moderno, Universidad de Guadalajara y Universidad Nacional Autónoma de México.

Romed medikal ve ortopedi (2008). *Haberman feeder*. Recuperado el 06 de marzo del 2010 en: www.romed.com

Sánchez, M., Castillo, A., Duran, N., González, H., y Valera, R. (2000). *Factores genéticos y ambientales asociados a la hendidura labio-palatina*. Hospital J. M. de Los Ríos. Vol. 36 N° 225 de mayo- agosto. Caracas, Venezuela.

Saúde Bucodental. (2008). Técnicas de cepillado. Recuperado el 03 de agosto del 2010 en:
<http://www.odontoestec.com.ar/consejos.htm>

Silva, G., Costa, B., Ribeiro, M. y Teixeira, L. (2003). Breast-Feeding and Sugar Intake in Babies With Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 40, 1. pp. 84-87.

- Soares, I., Costa, B., Gomide, M., Neves, L., Bijella, M. (2002). *Índice de placa y orientación sobre los métodos de higiene bucal en bebés portadores de fisura de labio y paladar*. *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile*, 20(1): 44-52, Recuperado el 12 de enero del 2010 en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-325980>
- Sogbe, R. y García, J. (1996). *Odontología pediátrica, conceptos básicos*. Caracas: Editorial Disinlimed.
- St. Joseph's Children's Hospital of Tampa. (2010). *Program Cleft*. Recuperado el 12 de mayo del 2010 en:
<http://www.sjbhealth.org/images/CleftBaby.jpg>
- Stony Brook Cleft Palate-Craniofacial Center. (2010). *Alimentación de un bebé con labio leporino y/o hendidura del paladar*. Recuperado el 27 de febrero del 2010 en:
http://www.umc.sunysb.edu/surgery/Alimentacion_de_un_bebe.pdf
- Tahir, P. y Brandt, R. (1998). Estado de salud oral y dental de niños con labio y/o paladar hendido. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 35, 4. pp. 329-332.
- The Nemours Foundation. (2010). *Labio y paladar hendido*. Recuperado el 27 de febrero del 2010 en:
http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/cleft_lip_palate_esp.html#
- Universidad de Virginia (2010). *Salud Oral y de los dientes. Labio leporino y paladar hendido*. Recuperado el 03 de octubre del 2009 en:
http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_dental_sp/cleft.cfm
- UPEL (2003). *Manual de Trabajos de Grado de Especialización, de Maestría y Tesis Doctorales*. Caracas: FEDEUPEL.
- Varela, M. (1999). *Problemas bucodentales en pediatría*. Madrid: Ediciones Ergon.
- Wirtz, U. (2007). Placa obturadora para paladar hendido. En: *O-atlas. Atlas de técnicas de ortodoncia y ortopedia orofacial* (Cap. 7. Aparatos de

alambre, aparatos de expansión rápida palatal). Ispringen: Dentaurem.
Recuperado el 03 de marzo del 2010 en:
http://www.o-atlas.de/esp/kapitel7_193.php

Wong, F. y King, N. (1998). The Oral Health of Children with Clefts - A Review. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 35, 3. pp. 248 – 254.
Recuperado el 03 de octubre del 2009 en:
<http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/15451569%281998%29035%3C0248%3A%20HOCW%3E2.3.CO%3B>.

Zambrano, G. y Uzcátegui, M. (2009). *Manual de orientación a los padres de niños y niñas con hendidura labio y palatina*. Trabajo Especial de Grado. Universidad de Los Andes, Facultad de Odontología, Mérida, Venezuela.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos.



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
 MÉRIDA - EDO MÉRIDA

Nº _____

CUESTIONARIO

Instrucciones: a continuación se presenta un cuestionario, que consta de 10 preguntas. Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste de manera adecuada la respuesta que usted considere.

1. Adicional a la consulta odontológica, para aprender a realizar el mantenimiento de la salud bucal del niño con hendidura labio palatina, usted preferiría:

Video_____ Medios impresos_____

Por qué:

2. ¿Usted estaría interesado en observar un video que demuestre las técnicas de alimentación y de higiene bucal para niños con labio y paladar hendido?

SÍ_____ NO_____

Por qué:

3. ¿Le gustaría ver un video con estas características por televisión?

SÍ_____ NO_____

Por qué:

4. ¿Cree que si observa un video con estas características puede aclarar dudas que le hayan quedado de la consulta odontológica?

SÍ____ NO____

Por qué:

5. ¿Si usted observa un video con estas características lo recomendaría a otros padres y representantes de niños con hendidura labio palatina?

SÍ____ NO____

Por qué:

6. ¿Si usted observa un video con estas características, le sería útil para aprender a realizar la higiene bucal a su representado?

SÍ____ NO____

Por qué:

7. ¿Si usted observa un video con estas características, le sería útil para aprender a realizar la técnica de alimentación a su representado?

SÍ____ NO____

Por qué:

ANEXO 2: Constancia de validación del instrumento por parte de la profesora Zaida Barrios.

ANEXO 3: Constancia de validación del instrumento por parte de la profesora Liliana Ablan.

ANEXO 4: Constancia de validación del instrumento por parte de la profesora Ana de Pachano.

ANEXO 5: Criterios de validación.

DATOS DEL EXPERTO					
NOMBRES Y APELLIDOS: _____					FECHA: _____
INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: _____					C.I.: _____
PROFESIÓN: _____					
<p><u>Objetivo General:</u> Elaborar un recurso audiovisual en formato DVD-Video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para los niños con hendidura labio palatina que asisten al servicio de Odontopediatría del Instituto autónomo de la Universidad de los Andes, dirigido a sus padres y representantes.</p> <p><u>Objetivos Específicos:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demostrar, en forma práctica y en formato DVD-video, técnicas y recomendaciones de higiene bucal diaria para niños con hendidura labio palatina. 2. Describir, en forma práctica y en formato DVD-video, la técnica de alimentación para niños con hendidura labio palatina en edades tempranas. 3. Ofrecer información teórica básica sobre la hendidura labio palatina a los padres y representantes responsables del cuidado de niños con esta anomalía. <p style="text-align: center;">CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN</p> <p>C: Coherencia de los ítems con los objetivos P: Pertinencia R: Redacción V: Validez interna</p> <p>Indique con una "X" cada uno de los aspectos si los considera correctos, de lo contrario agregue sus observaciones.</p>					
TABLA DE VALIDACIÓN					
ÍTEM	C	P	R	V	OBSERVACIONES Agregue un comentario, sugerencia para mejorar el ítem
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

ANEXO 6: Resultados de la validación por parte de los expertos

item juez1 juez2 juez3 projuez validitm erroritm

1	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
2	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
3	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
4	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
5	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
6	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370
7	1,0	1,0	1,0	1,000	,9630	,0370

CVCT	CVCC	ERRORT
,9630	,9260	,0370

Es de observar que el Coeficiente de validez de contenido corregido es superior a 0.9, por lo tanto se puede afirmar que el instrumento tiene validez y concordancia excelentes, en acuerdo con Hernández (2002).

ANEXO 7: Aprobación del presupuesto por el C.D.C.H.T.A

ANEXO 8: Consentimiento informado de los padres para la participación de su representado en el video.

Mérida, __de julio del 2.010

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, propietaria de la cédula de Identidad _____, autorizo a mi representado el menor de edad _____ a participar en el Trabajo Especial de Grado para optar por el título de Odontólogo a las bachilleres Arismendi Alba y Calderón Naiara; titulado “Recurso audiovisual en formato video sobre técnicas de higiene bucal y de alimentación para niños con hendidura labio palatina, dirigido a sus padres y representantes”, este será transmitido por la televisora ULA TV y entregado a los padres de niños con hendidura labio palatina que asisten al IHULA con fines educativos.

DECLARO que entiendo la necesidad de la propuesta y que he tenido la información relacionada con el propósito del video, donde participare junto con mi representado para ayudar a las bachilleres en la elaboración del material.

En consecuencia **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de dicha grabación.

Firma

**ANEXO 9: Consentimiento de la dirección general de comunicación de
ULA- tv para la edición del video.**