



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESINA DE GRADO

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

ODONTÓLOGA

TEMA

**PATOLOGÍAS DE LA CAVIDAD ORAL Y SU MANEJO
ODONTOLÓGICO EN NIÑOS CON CAPACIDADES
ESPECIALES DEL INSTITUTO CARLOS GARBAY DE LA
CIUDAD DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2013
A FEBRERO 2014**

AUTORA

MÓNICA MARIBEL ALBÁN SORIA

TUTORAS

DRA. JENNY PAREDES - DRA. MARÍA CALDERÓN

RIOBAMBA - ECUADOR

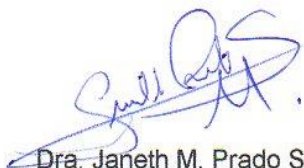
JULIO - 2014

HOJA DE APROBACIÓN

El tribunal de defensa privada conformada por la Dra. Janeth M. Prado S., Presidente del tribunal; Dra. Jenny C. Paredes B., miembro del tribunal y el Ing. Hermes P. Tapia P., miembro del tribunal; certificamos que la señorita Mónica Maribel Albán Soria, con cédula de identidad N° 180245948-5, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), se encuentra apta para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontóloga con el tema de investigación: **“PATOLOGÍAS DE LA CAVIDAD ORAL Y SU MANEJO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES DEL INSTITUTO CARLOS GARBAY DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2013 A FEBRERO 2014”**.

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.

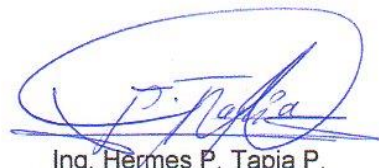
Riobamba, 24 de Junio de 2014



Dra. Janeth M. Prado S.
Presidente del tribunal



Dra. Jenny C. Paredes B.
Miembro del tribunal



Ing. Hermes P. Tapia P.
Miembro del tribunal

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Mónica Maribel Albán Soria portadora de la cédula de identidad N° 1802459485, declaro que soy responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este trabajo investigativo y que el patrimonio intelectual del mismo, pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

ACEPTACIÓN DE LAS TUTORAS

Por medio de la presente, hacemos constar que hemos leído el protocolo del Proyecto de Tesina de Grado presentado por la señorita Mónica Maribel Albán Soria, para optar al título de ODONTÓLOGA, y que aceptamos asesorar a la estudiante en calidad de tutoras, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 20 de Febrero de 2014.



Dra. Jenny Paredes

Docente - Tutora



Dra. María Calderón

Docente - Tutora

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar un profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo, a sus autoridades y docentes que nos acogieron en esta prestigiosa institución, permitiendo alcanzar una meta importante en mi vida.

A las autoridades de la Unidad Educativa Especializada Carlos Garbay por su apertura, colaboración y excelente predisposición para la ejecución de la tesina.

A la Directora de carrera, la Dra. Kathy M. Llori O., por sus acertadas gestiones para el crecimiento de esta hermosa profesión.

A las tutoras, la Dra. Jenny Paredes y la Dra. María Calderón, por acompañarme, asesorarme y guiarme en el desarrollo de mi tesina.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a mis padres Margarita y Galo, quienes me inspiraron a seguir esta maravillosa profesión. Dios les pague.

A mis hermanos Fernando, Silvia, Betty y Anita por todo su apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de mi carrera. Gracias.

A mi esposo y compañero de vida, por su amor, sustento e infinita comprensión, que se manifiesta a diario y con la cual sería imposible culminar esta investigación y otros trascendentes proyectos de mi vida. Le amo.

A mis sobrinos María Angélica, Pamela, Camila, Stalin, porque son ejemplo de perseverancia y dedicación. Les quiero mucho.

A los profesionales y futuros odontólogos, a quienes doy esta humilde investigación para beneficio de nuestros pacientes y la sociedad toda.

RESUMEN

La discapacidad es un problema de salud pública que afecta no sólo al individuo que la padece, sino también a su grupo familiar y comunidad a la que pertenece. Las restricciones impuestas al discapacitado en tiempos anteriores fueron tales que se les negaban muchos de los elementos básicos de una forma normal de vida. Actualmente, en lo que respecta a la odontología, existen profesionales interesados de manera individual, aún en el ámbito institucional dista mucho de lo deseado. Con estos antecedentes, se elaboró una guía para el manejo odontológico de niños con capacidades especiales del Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba en el período de Septiembre 2013 a Febrero 2014 para evitar problemas bucodentales y garantizar el estado de salud del aparato estomatognático. El método utilizado fue documental y el tipo de estudio de esta investigación fue descriptivo, de campo y transversal. Se encontraron las siguientes capacidades especiales de los niños que acuden al Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba: Intelectual, Síndrome de Down, Autismo y Física motora. Se pudo comprobar qué tipo el manejo odontológico existe en los niños con capacidades diferentes. Actualmente el Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba cuenta con atención para la salud bucodental en pacientes con capacidades especiales. Es necesario continuar con el análisis y el conocimiento de las características especiales de los niños con diferentes discapacidades. Los niños con capacidades especiales, necesitan de atenciones especiales. Es necesario reforzar y ayudar al profesional odontólogo con el que cuenta el Instituto Carlos Garbay, para que su trabajo sea en el total de la comunidad estudiantil. Se recomienda la utilización y la difusión de la propuesta de “Guía de Atención Odontológica para niños con capacidades especiales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Disability is a public health problem that affects not only the individual who suffers, but also his families and the community to which he belongs. Restrictions on disabled in earlier times were such that they were denied many of the basic elements of a normal lifestyle. Currently, with respect to dentistry, professionals are concerned individually, even at the institutional level is far from desired. With this background, a guide for the dental management of children with special abilities Carlos Garbay Institute Riobamba in the period September 2013 to February 2014 was developed to avoid problems and ensure oral health status of the oral cavity. The method used was documentary and type of study of this research was descriptive and cross country. Intellectual, Down Syndrome, Autism and Motor Physics: the following special abilities of the children attending the Institute Carlos Garbay Riobamba were found. It was proved what kind of dental management exists in children with disabilities. Currently the Institute Carlos Garbay Riobamba has oral health care for patients with special needs. It is necessary to continue the analysis and understanding of the special characteristics of children with different disabilities. Children with special needs, require special attention. It is necessary to strengthen and assist the professional dentist available in Garbay Carlos Institute, so that their work will be beneficial to the entire student community. The use and dissemination of the draft Guide to Dental Care for children with special needs is recommended.

Translation reviewed by:

Lic. Lorena Solís Viteri

CENTRO DE IDIOMAS



ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CI	Cociente Intelectual
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
EP	Enfermedad Periodontal
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PC	Parálisis Cerebral
RM	Retraso Mental
SD	Síndrome de Down

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
HOJA DE APROBACIÓN.....	ii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iii
ACEPTACIÓN DE LAS TUTORAS.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	x
ÍNDICE GENERAL.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xv
ÍNDICE DE TABLAS.....	xvi

INTRODUCCIÓN1

CAPÍTULO I

1.	PROBLEMATIZACIÓN.....	3
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3.	OBJETIVOS.....	4
1.3.1.	Objetivo General.....	4
1.3.2.	Objetivos Específicos.....	5
1.4.	JUSTIFICACIÓN.....	5

CAPÍTULO II

2.	MARCO TEÓRICO.....	7
2.1.	POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	7
2.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
2.2.1.	Discapacidad.....	9
2.2.2.	Incapacidad.....	9
2.2.3.	Minusvalía.....	9
2.2.4.	Clasificación de la discapacidad.....	10
2.2.4.1.	Discapacidad física.....	10
2.2.4.2.	Discapacidad psíquica.....	11
2.2.4.3.	Discapacidad sensorial.....	11
2.2.5.	Enfermedades neuromusculares.....	11
2.2.5.1.	Etiología.....	12
2.2.5.2.	Principales síntomas.....	14
2.2.5.3.	Tipos de enfermedades neuromusculares.....	14
2.2.5.4.	Retraso psicomotor.....	15
2.2.5.5.	Enfermedades en huesos y articulaciones.....	16
2.2.5.6.	Tipos de problemas óseos.....	16
2.2.5.7.	Enfermedades del sistema nervioso.....	17
2.2.5.8.	Trastornos convulsivos.....	17

2.2.5.9. Discapacidad cognitiva o intelectual.....	19
2.2.6. Autismo.....	20
2.2.6.1. Origen del autismo.....	22
2.2.6.2. Manifestaciones dentarias.....	23
2.2.7. El paciente con Síndrome de Down.....	23
2.2.7.1. La etiología.....	24
2.2.7.2. Manifestaciones dentarias.....	25
2.2.7.3. Enfermedad periodontal.....	25
2.2.8. Retraso mental.....	26
2.2.8.1. Manifestaciones dentarias.....	28
2.2.9. Parálisis cerebral.....	28
2.2.9.1. Manifestaciones clínicas.....	29
2.2.9.2. Manifestaciones dentarias.....	29
2.2.9.3. Consideraciones odontológicas.....	30
2.2.10. Discapacidades sensoriales.....	30
2.2.10.1. Discapacidad visual.....	30
2.2.10.2. Discapacidad auditiva.....	31
2.2.11. Características socio-demográficas.....	31
2.2.12. Patologías buco-dental.....	31
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	32
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	34
2.4.1. Hipótesis.....	34
2.4.2. Variables.....	34
2.4.2.1. Variable independientes.....	34
2.4.2.2. Variable dependiente.....	34
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	35
CAPÍTULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO.....	37
3.1. MÉTODO.....	37
3.1.1. Tipo de investigación.....	37
3.1.2. Diseño de investigación.....	37

3.1.3. Tipo de estudio.....	38
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
3.2.1. Población.....	38
3.2.2. Muestra.....	38
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	40
CAPÍTULO IV	
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	41
CAPÍTULO V	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	63
5.1. CONSLUSIONES.....	63
5.2. RECOMENDACIONES.....	64
CAPÍTULO VI	
6. MARCO DE PROPUESTA.....	65
6.1. ANTECEDENTES.....	65
6.1.1. Primer antecedente.....	65
6.1.1.1. Conclusiones.....	65
6.1.2. Segundo antecedente.....	66
6.1.2.1. Conclusiones.....	66
6.1.3. Tercer antecedente.....	66
6.1.3.1. Conclusiones.....	67
6.1.4. Pasos de la propuesta.....	68
6.1.5. Evaluación del Paciente Discapacitado.....	69
6.1.6. Atención Odontológica.....	70
6.1.7. Manejo Odontológico de niños con Autismo.....	73
6.1.8. Manejo Odontológico de niños con Retraso Mental	76
6.1.9. Manejo Odontológico de niños con Parálisis Cerebral.....	77
6.1.10. Manejo Odontológico de niños con Síndrome Down.....	78
6.1.11. Prevención en capacidades diferentes.....	79

6.1.12. Últimas consideraciones.....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	83
ANEXOS.....	84
FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	84
CERTIFICADO DE LA INSTITUCIÓN.....	87
ENCUESTA A LOS PROFESIONALES ODONTÓLOGOS.....	89
TRÍPTICO DE LA INVESTIGACIÓN ENTREGADO A PADRES, DOCENTES Y TRIBUNAL EVALUADOR.....	91
ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES DE FAMILIA.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Representación de los pacientes por género.....	41
Gráfico N° 2: Diferentes capacidades especiales identificadas.....	42
Gráfico N° 3: Representación sobre el conocimiento de la salud bucal.....	43
Gráfico N° 4: Representación de las visitas al odontólogo.....	44
Gráfico N° 5: Representación de los tipos de molestias dentales.....	45
Gráfico N° 6: Representación sobre la aceptación del tratamiento.....	46
Gráfico N° 7: Representación de los temores de los pacientes.....	47
Gráfico N° 8: Representación del indicador en la atención odontológica...	48
Gráfico N° 9: Representación del indicador de atención personal.....	49
Gráfico N° 10: Representación de la asistencia en la higiene bucal del niño	50
Gráfico N° 11: Representación del cepillado diario.....	51
Gráfico N° 12: Espacio físico acorde a las necesidades.....	52
Gráfico N° 13: Odontólogos que cuentan con personal auxiliar capacitado	53
Gráfico N° 14: Experiencia del profesional odontólogo.....	54
Gráfico N° 15: Tiempo de atención.....	55
Gráfico N° 16: Imposibilidad de comunicación verbal con el paciente.....	56

Gráfico N° 17: Reacciones refleja.....	57
Gráfico N° 18: Anestesia general.....	58
Gráfico N° 19: Colaboración de los padres y/o tutores.....	59
Gráfico N° 20: Consentimiento informado y escrito	60
Gráfico N° 21: Derivación del paciente.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Pacientes por género.....	41
Tabla N° 2: Diferentes capacidades especiales identificadas.....	42
Tabla N° 3: Conocimiento sobre la salud bucal.....	43
Tabla N° 4: Visita al odontólogo.....	44
Tabla N° 5: Tipo de molestias dentales.....	45
Tabla N° 6: Aceptación del tratamiento.....	46
Tabla N° 7: Temores de los pacientes.....	47
Tabla N° 8: Indicador en la atención odontológica.....	48
Tabla N° 9: Indicador de atención personal.....	49
Tabla N° 10: Asistencia en la higiene bucal del niño.....	50
Tabla N° 11: Cepillado diario.....	51
Tabla N° 12: Espacio físico acorde a las necesidades.....	52
Tabla N° 13: Odontólogos que cuentan con personal auxiliar capacitado...	53
Tabla N° 14: Experiencia del profesional odontólogo.....	54
Tabla N° 15: Tiempo de atención.....	55
Tabla N° 16: Imposibilidad de comunicación verbal con el paciente.....	56

Tabla N° 17: Reacciones refleja.....	57
Tabla N° 18: Anestesia general.....	58
Tabla N° 19: Colaboración de los padres y/o tutores.....	59
Tabla N° 20: Consentimiento informado y escrito.....	60
Tabla N° 21: Derivación del paciente.....	61

INTRODUCCIÓN

Hablar de discapacidad, en su sentido más amplio, es referirse a limitaciones en el desarrollo humano. Esta deficiencia física, psíquica o social, no está dada exclusivamente en función del déficit del sujeto que la padece, sino también por el entorno social de pertenencia. Los niños con necesidades especiales tienen una alta incidencia de caries y enfermedades de las encías debido a una serie de factores locales y ambientales. Esto los convierte en un grupo de riesgo que presenta una gran necesidad de cuidados dentales desde edades tempranas.

Un paciente especial es cualquier niño que presente alguna limitación física, mental, sensorial o de conducta; que requiera una atención sanitaria diferenciada, o que sufra una enfermedad con implicaciones negativas en su salud bucal. Son pacientes especiales los niños con problemas de desarrollo (autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down o retraso mental), los niños con trastornos de hiperactividad y los niños asmáticos.

Señala Ravaglia (2000), que la atención de pacientes con discapacidad difiere según la incidencia que esta tenga en el niño o adolescente y su familia. Esto exige, en lo relacionado con la asistencia odontológica, que el odontólogo tenga que especializarse no sólo en lo que respecta a su trabajo clínico, sino también, en la conducción de situaciones, que si bien están fuera del ámbito de la ciencia odontológica, tienen importancia significativa en el resultado final de su actividad.

Esto se refiere a los aspectos y alternativas psicológicas que se generan en la entidad nosológica, indivisible, formada por el paciente, su familia y la relación con los servicios disponibles en su medio ambiente social. La salud bucal es un componente importante de la salud en general.

Contribuye al bienestar del niño, evita el dolor, las molestias, y promueve una buena alimentación y por ende, una mejor calidad de vida. Además, una buena salud bucal maximiza las probabilidades de la nutrición, un lenguaje y una apariencia adecuados, tan importantes en un niño que se está desarrollando y más importante aún en un niño cuyas capacidades físicas o mentales, se encuentran limitadas.

Un cambio de actitud en el odontólogo con relación al niño o adolescente con capacidades especiales, reconociendo sus posibilidades de tratamiento, contribuirá a que se les considere en los planes y programas de los servicios de salud y disminuya progresivamente el aislamiento en que se les ha tenido, considerándose sus requerimientos de recursos materiales y humanos con características especiales para su atención.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La discapacidad es un problema de salud pública que afecta no sólo al individuo que la padece, sino también a su grupo familiar y comunidad a la que pertenece.

Las restricciones impuestas al individuo con capacidades especiales en tiempos anteriores fueron tales que se les negaban muchos de los elementos básicos de una forma normal de vida.

Actualmente, en lo que respecta a la odontología, existen profesionales interesados de manera individual, pero aún en el ámbito institucional dista mucho de lo deseado.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), son coincidentes en que las estadísticas demuestran que el 10 % de la población mundial, es portadora de discapacidades de distintos tipos y gravedades, por lo que médicamente se los denomina pacientes con capacidades especiales.

En Latinoamérica hay falta de recursos tanto económicos como humanos, aún en establecimientos de alta complejidad, en donde la formación de profesionales odontológicos es deficiente para cubrir acciones preventivas y tratamiento en personas con capacidades diferentes, en la mayoría de los casos.

En América Latina se estimó para el año 2000, la existencia de 16 millones de niños con discapacidad, los cuales debieron recibir asistencia integral, incluyendo atención odontológica, y mientras sean considerados "distintos", jamás podrán tener igualdad de oportunidades.

Por consiguiente, identificar la actitud y capacidad de los odontólogos hacia la atención odontológica de los niños y adolescentes con capacidades especiales, contribuirá a develar prejuicios, creencias y motivar en las instancias públicas de salud que correspondan, para que ejecuten actividades tendientes a promover cambios actitudinales que involucren a los profesionales y sociedad en general, para lograr equidad de oportunidades para todos los seres humanos.

Gran parte de los profesionales creen, que la atención odontológica a niños con capacidades especiales, requiere entrenamiento especial y equipo adicional. Además muchos odontólogos piensan que esos pacientes deben ser hospitalizados para recibir el tratamiento adecuado. Ciertamente un sector de esa población requerirá hospitalización, sin embargo la mayoría puede ser tratada en consultorio privado por el odontólogo general. Los odontólogos como profesionales, deben considerar a las personas impedidas, como individuos con problemas dentales, que tienen además una condición médica particular.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Es importante definir y elaborar una “Guía para el Manejo Odontológico” para niños con capacidades especiales del Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba en el período Septiembre 2013 a Febrero 2014?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo General.

Elaborar la guía para el manejo odontológico de niños con capacidades especiales del Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba en el período de Septiembre 2013 a Febrero 2014 para evitar problemas bucodentales y garantizar el estado de salud del aparato estomatognático.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- ✓ Identificar las diferentes capacidades especiales de los niños que acuden al Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba.

- ✓ Identificar el manejo odontológico pertinente, a través de encuestas dirigidas a los odontólogos.

- ✓ Caracterizar la situación actual de la salud bucodental en la atención externa a la que acuden los pacientes con capacidades especiales, a través de la entrevista a los padres y/o tutores.

- ✓ Diseñar una “Guía de Atención Odontológica para niños con Capacidades Especiales” del Instituto Carlos Garbay M. de la ciudad de Riobamba.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las dos terceras partes de la población con capacidades especiales, no reciben atención bucodental alguna. Se han planteado varias razones por las cuales ocurre esto, como así también las soluciones y beneficios que se obtendrán con la ejecución de la presente investigación.

Proporcionar a los niños con capacidades especiales una buena asistencia odontológica se está convirtiendo en los últimos años en una necesidad para los odontólogos. Por lo tanto esta Guía pretende dictar algunos procedimientos efectivos para establecer la relación odontólogo-paciente y reducir la ansiedad respecto a la atención odontológica.

Dentro de la Guía se han considerado tres componentes esenciales para un programa preventivo: Reclutamiento, para alertar al padre o al supervisor institucional acerca de las necesidades cotidianas en higiene bucal del niño con capacidades especiales.

Un programa educacional debe hacer hincapié en los puntos sobresalientes de la salud bucal y su mantenimiento que posibiliten al encargado el realizar las técnicas de cepillado bucal particular en el hogar y el Seguimiento, se incluye este punto para vigilar el estado de salud dental del paciente y su calidad hogareña diaria.

Esta guía pretende concienciar al profesional que el tiempo empleado para la atención de estos pacientes y los gastos que ello requiere en personal, equipamiento y otros, son altos; sin embargo, la retribución que se brinda a la sociedad y en especial a los miembros de este grupo discriminado, mejorando su calidad de vida son invaluable.

Sensibilizar en la prevención de parte de los padres y/o educadores, ayudando en la coordinación entre médicos y odontólogos para proporcionar al paciente un estado de salud total.

Evitar otra forma de discriminación que consiste en derivarlos a alguna institución hospitalaria para ver si se les trata bajo anestesia general, ignorando si esta vía es la más adecuada para su rehabilitación buco dental.

Se trata de disminuir las enfermedades bucodentales en los niños a través de charlas de orientación a los padres de familia, proporcionándoles una mejor calidad de vida; ya que, un alto porcentaje de estos pacientes pertenece a una clase socio económica cultural baja sin muchas posibilidades de superar las barreras discriminatorias que esta situación les impone.

Los profesionales en salud bucal, conocedores de los problemas de los pacientes con capacidades especiales, son muy pocos; porque generalmente el asunto de su atención no es considerado en las instituciones de enseñanza de la Odontología, otra forma de discriminación, por lo que al contar con una guía, se beneficiará al odontólogo y al paciente al efectuar un tratamiento adecuado.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.

Buscar la manera adecuada para cada tipo de paciente que llega a nuestra consulta, y más si son pacientes especiales, es necesario tener cuidado, mucha paciencia y sobretodo cariño, para aplicar en primera instancia, métodos de manejo conductual, utilizando como último recurso la restricción física, previo consentimiento de los padres. Debemos tener en cuenta las diferentes formas en que el paciente puede reaccionar ante nuestra presencia y saber elegir la técnica de manejo de su conducta más adecuada para cada paciente.

También, es necesario desarrollar una buena relación con la madre o padre del niño, ya que ellos se mostrarán más colaboradores si demostramos que somos dignos de confianza. Una buena técnica de diagnóstico es esencial ya que se debe tener principalmente la precisión y velocidad a la hora del examen, ya que el tiempo en el que el niño abre la boca es corto. Es importante todas las variables que influyen en el manejo del niño como edad, género, si es colaborador, introvertido, o si ha tenido malas experiencias previas a nuestra consulta.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

La enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).

La deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas). La deficiencia supone un trastorno orgánico, que se produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales, psíquica.

✓ Físicas: Afectan a personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas.

✓ Sensoriales: Afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje.

✓ Psíquicas: Afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales, como quienes padecen Síndrome de Down.

En ocasiones la misma persona padece simultáneamente dos o más deficiencias. Discapacitado es aquella persona cuya condición psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por problemas físicos y/o mentales, y que le impide alcanzar su pleno potencial. Algunas condiciones incapacitantes, van acompañadas por problemas dentarios severos. La capacidad masticatoria de muchos pacientes con capacidades especiales está tan comprometida que se los alimenta con una dieta blanda, que en la mayoría de los casos es altamente cariogénica. Muchos pacientes con capacidades especiales permanecieron gran parte de su vida institucionalizados y no recibieron la atención odontológica de rutina.

Las personas discapacitadas presentan un desafío y requiere preparación especial antes que el odontólogo y su personal puedan brindarles una atención aceptable. Muchos odontólogos se sienten incómodos en el tratamiento de éstas personas, siendo un problema y una para el tratamiento esencial. Es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género).

La minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

2.2.1. Discapacidad.

Discapacitado es aquella persona cuya condición psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por problemas físicos y/o mentales, y que le impide alcanzar su pleno potencial. Las personas discapacitadas presentan un desafío y requiere preparación especial antes que el odontólogo y su personal puedan brindarles una atención aceptable.

2.2.2. Incapacidad.

Cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionado por una deficiencia, en la forma o dentro del ámbito considerado normal para el ser humano, y que se origina cuando el individuo queda imposibilitado para integrar las diferentes funciones que le permitan desempeñarse como un todo en lo que respecta a sus habilidades y conductas.

2.2.3. Minusvalía.

Una incapacidad que constituye una desventaja, en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función para esa persona según su edad y sexo, de acuerdo con los patrones sociales y culturales. Esta se define, pues, en función de la relación entre las personas impedidas y su ambiente.

Todas las personas tienen características y necesidades diferentes, máxime las personas discapacitadas por cuanto tienen que compensar sus limitaciones. Para efectos de la presente investigación; clasificaremos las diferentes discapacidades en las siguientes categorías más diferenciadas.

2.2.4. Clasificaciones de la discapacidad.

2.2.4.1. Discapacidad física.

- TRONCO,
- COLUMNA VERTEBRAL,
- MIEMBROS SUPERIORES (M.M.S.S.),
- MIEMBROS INFERIORES (M.M.I.I.),
- TRASTORNOS ORGÁNICOS,
- PROBLEMAS NEUROLÓGICOS/ SISTEMA NERVIOSO CENTRAL,
- EPILEPSIA,
- ESCLEROSIS MÚLTIPLE,
- SECUELAS DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO,
- TRASTORNOS DE COORDINACIÓN,
- EQUILIBRIO (Ataxias, secuelas de tumor cerebeloso) y,
- PARKINSON.

2.2.4.2. Discapacidad psíquica.

- RETRASO MENTAL (leve, moderado, severo, profundo) y,
- ENFERMEDAD MENTAL.

2.2.4.3. Discapacidad sensorial.

- CEGUERA,
- DEFICIENCIA VISUAL,
- SORDERA,
- HIPOACUSIA y,
- SORDOCEGUERA.

2.2.5. Enfermedades neuromusculares.

Las enfermedades neuromusculares son un conjunto de más de 150 enfermedades neurológicas hereditarias o adquiridas que afectan a la musculatura y al sistema nervioso. Se encuentran dentro del grupo de las denominadas enfermedades raras, siendo enfermedades poco conocidas. Su aparición puede producirse en cualquier etapa de la vida, tanto en el nacimiento como en la adolescencia o en la edad adulta. Las enfermedades neuromusculares son enfermedades crónicas, es decir, una vez que aparecen sus efectos, estos perduran de por vida.

Todas las enfermedades neuromusculares son de naturaleza progresiva. Este tipo de evolución provoca que los afectados vean disminuida su capacidad funcional y, con ello, su autonomía personal para realizar las tareas cotidianas.

Todo ello produce una dependencia física cada vez mayor de una tercera persona, de adaptaciones o de dispositivos de apoyo. No tienen actualmente un tratamiento etiológico, por ello, las estrategias de rehabilitación son imprescindibles con el objetivo no de curar la enfermedad, sino de prevenir sus complicaciones, y así tratar de disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de estas personas.

2.2.5.1.Etiología.

Las causas de las enfermedades neuromusculares son muy diferentes, pudiendo clasificarse, según su origen en dos tipos: genéticas y adquiridas.

a) Enfermedades neuromusculares de origen genético: Se producen como consecuencia de la alteración en un gen determinado. En este caso, la enfermedad puede ser transmitida por las líneas genéticas de una familia, y en algunos casos coexisten varios afectados en la misma familia. Algunos genes están fuera de los cromosomas del núcleo de las células y aparecen en las mitocondrias (responsables de convertir la energía de los alimentos en energía útil para el funcionamiento de las células). Una enfermedad hereditaria es una enfermedad heredada de uno o los dos padres y que se transmite a la descendencia. Sin embargo, en muchos casos, el gen defectuoso no se expresa en los padres portadores.

Una enfermedad hereditaria puede transmitirse con diferentes patrones de herencia:

- Autonómica dominante: El gen anormal se encuentra en los autosomas (pares de cromosomas) y su efecto negativo no se compensa por el gen normal correspondiente. Es decir, cualquier persona que tenga el gen alterado tendrá los síntomas de la enfermedad. (p.ej. Distrofias Miotónica, Fascioescapulohumeral)

➤ **Autonómica recesiva:** Se produce la coexistencia de un gen alterado y de un gen normal en el mismo cromosoma. Es decir, en este caso, hay un gen normal en el otro cromosoma del mismo par y éste «compensa» los efectos del gen lesionado. Existe una transmisión del gen alterado, pero la persona puede desarrollar o no la enfermedad. (Ejemplos: Distrofias Musculares de Cinturas, Atrofias espinales, etc.)

➤ **Recesiva ligada al sexo:** El defecto genético se halla en el mismo cromosoma que determina el sexo. Los varones pueden padecer enfermedades que se hallan ligadas o ubicadas en el cromosoma X, ya que al tener solo un X, no cuentan con una versión sana del mismo que reemplace la función alterada. Así, las mujeres son portadoras de la enfermedad y sus hijos varones pueden padecer la enfermedad con una probabilidad del 50 % (Ejemplos: Distrofias Musculares de Dúchenne, Becker, etc.). La gravedad de una enfermedad genética no depende del tipo de herencia, sino de la importancia que tenga el gen defectuoso, o de si este defecto puede ser compensado o no por la acción de otros genes.

b) Enfermedades neuromusculares adquiridas: Las enfermedades adquiridas son no hereditarias, es decir, no se producen por la transmisión genética.

A su vez, se pueden clasificar según su mecanismo causante en cuatro tipos:

➤ **De origen inmunológico o de base autoinmune:** el sistema inmune ataca a las propias células o estructuras del organismo porque no las reconoce como tales. Esto da lugar a síntomas muy variados, en función de la estructura afectada. Ejemplos de este grupo son la Miastenia, Polimiositis, Polineuropatías, etc.

➤ **De origen infeccioso:** Se producen por la infección provocada por un agente exógeno que puede ser vírico, bacteriano o parasitario.

➤ **De origen tóxico-medicamentoso:** Se deben a la acción de tóxicos exógenos como el alcohol o algunos fármacos, tóxicos industriales o tóxicos vegetales.

➤ **De origen endocrino-metabólico:** Son enfermedades que se pueden producir por tres mecanismos:

I. Deficiencia de nutrientes o vitaminas esenciales. Ausencia o exceso de determinadas hormonas.

II. Acción de tóxicos endógenos (del propio cuerpo) producidos por el mal funcionamiento de algunos sistemas corporales. (Ejemplos dentro de este grupo son: Polineuritis Diabética o Urémica, Miopatías Metabólicas)

2.2.5.2. Principales Síntomas.

Tienen en común una metodología de estudio y una sintomatología clínica bastante homogénea, que se caracteriza por la pérdida progresiva de fuerza muscular y la degeneración del conjunto de los músculos y de los nervios que los controlan. Aunque la degeneración muscular no es dolorosa, la debilidad resultante puede causar calambres, rigidez, deformidades de las articulaciones, achaques y dolores crónicos, y a veces el agarrotamiento y paralización de las articulaciones (contracciones).

El aumento de las dificultades funcionales afecta en diferentes grados, según la enfermedad, a: la motricidad, la autonomía, la respiración, la función cardíaca o, incluso, a la nutrición, son las complicaciones subyacentes de estas enfermedades.

2.2.5.3. Tipos de Enfermedades Neuromusculares.

No existe un único criterio a la hora de clasificar las ENM ya que puede hacerse desde el punto de vista fisiopatológico, clínico o bien dar prioridad a otros conceptos como la forma de transmisión hereditaria. Actualmente tiene interés la clasificación basada en la biología molecular.

La clasificación de las Enfermedades Neuromusculares va cambiando a medida que se conocen nuevos hallazgos sobre las causas de cada una de ellas. Por lo tanto, esta categorización puede variar con los nuevos avances biomédicos.

2.2.5.4. Retraso psicomotor.

El retardo psicomotor en los niños está generalmente relacionado con daños o anomalías significativas en el sistema nervioso central. Este término hace referencia específicamente al retraso en el desarrollo de las destrezas cognitivas (como el lenguaje) y en el desarrollo de las destrezas motoras (como caminar). Los niños pueden nacer con afecciones que causan retardo psicomotor. Dicho retardo puede también aparecer después del nacimiento, cuando el deterioro tanto de la función mental como de la función motora está relacionado con una enfermedad o accidente.

Una de las causas de consulta frecuentes en el campo neuropediátrico es el retraso del desarrollo neurológico.

Es tarea fundamental el detectar precozmente el retraso lo que determina un diagnóstico etiológico y un tratamiento oportunos. Es apropiado destacar el diagnóstico etiológico ya que en la actualidad existen varias situaciones en que se pueden plantear medidas de tratamiento específicas que al menos pueden detener un mayor compromiso del S.N. central. En el diagnóstico y en el tratamiento de niños con retraso psicomotor debe destacarse la participación de numerosos tipos de profesionales de la salud, de la educación, de la rehabilitación y de la salud mental.

Sólo es posible llevar a buen término el manejo de un niño con déficit trabajando en equipo en todo momento. También se debe enfatizar que, desde la primera entrevista el médico se enfrenta a una familia que sufre un duelo al sospechar que su hijo tiene un retraso. Esto exige al médico conocimientos sobre la familia, el niño y la sociedad, en relación al retardo mental.

El tratamiento dependerá de cada etiología en particular, algunas de ellas con tratamiento específico (fenilquetonuria, hipotiroidismo congénito, etc.) Común a todos los casos es la rehabilitación y la educación diferencial, que tendrá aspectos específicos según el tipo de déficit. Tan precozmente en cuanto se haga el diagnóstico de retraso se debe iniciar la rehabilitación.

2.2.5.5. Enfermedades en huesos y articulaciones.

Los huesos lo ayudan a moverse y le dan forma y apoyo a su cuerpo. Están constituidos por tejidos vivos que se regeneran constantemente durante el transcurso de la vida. Durante la infancia y la adolescencia, el cuerpo agrega huesos nuevos más rápido de lo que elimina los huesos anteriores. Después de los 20 años de edad, puede perder huesos más rápido de lo que los produce. Para tener huesos fuertes cuando se es joven y prevenir la pérdida ósea en edades avanzadas, es necesario consumir suficiente calcio y vitamina D, así como ejercitarse.

2.2.5.6. Tipos de problemas óseos.

La baja densidad ósea y la osteoporosis debilitan los huesos y aumentan las probabilidades de fracturas. Otras enfermedades de los huesos, son producidas por una mala nutrición, factores genéticos o problemas con la velocidad de regeneración ósea.

- ✓ La osteogénesis imperfecta hace que sus huesos sean frágiles y quebradizos,
- ✓ La enfermedad de Paget en el hueso los debilita,
- ✓ Los huesos también pueden desarrollar cáncer e infecciones

2.2.5.7. Enfermedades del sistema nervioso.

Una enfermedad del sistema nervioso central puede afectar la médula espinal (mielopatía) o bien el cerebro (encefalopatía), los cuales son parte del sistema nervioso central. La médula espinal transmite la recepción sensorial del sistema nervioso periférico.

Asimismo, conduce la información motora de los músculos esqueléticos, los miocardios, los músculos lisos y las glándulas. Existen 31 pares de nervios espinales a lo largo de la médula espinal. Cada uno de estos nervios contiene axones sensoriales y motores. La médula espinal está protegida por vértebras y conectan el sistema nervioso periférico con el cerebro, de forma que actúa como un centro de coordinación "menor".

El cerebro capta señales tanto de la médula espinal, como de los nervios olfativos y de los nervios ópticos, para permitir que el cuerpo funcione. El cerebro está protegido por el cráneo; sin embargo, si es dañado, los resultados en el cuerpo humano pueden ser muy importantes.

2.2.5.8. Trastornos convulsivos.

Una convulsión se manifiesta cuando hay ciertos tipos de actividad eléctrica anormal en el cerebro. Cuando ocurren más de dos ataques, se considera trastorno convulsivo (epilepsia). Si bien existen muchos tipos diferentes de convulsiones, las categorías principales son:

- Convulsión generalizada: el inicio es en todo el cerebro (ambos hemisferios).
- Convulsión parcial (convulsión focal): comienza en ciertas áreas del cerebro.

El trastorno convulsivo es provocado por la función cerebral anormal. Si bien generalmente es difícil identificar la causa exacta, los factores incluyen:

- Trastorno genético,
- Infección, traumatismo o tumor cerebral,
- Hemorragia cerebral u otro daño cerebral.

Los factores de riesgo de manifestar el trastorno convulsivo incluyen:

- Parto prematuro o peso muy bajo al nacer,
- Daño cerebral durante el nacimiento,
- Estructura anormal del cerebro,
- Lesión cerebral traumática,
- Infección cerebral,
- Tumor cerebral,
- Convulsiones inmediatamente después del parto (durante el primer mes) y,
- Antecedentes familiares de trastornos convulsivos.

Si el paciente ya tiene trastornos convulsivos, los siguientes factores pueden aumentar la posibilidad de tener una convulsión:

- Falta de sueño, Estrés,
- Cambios hormonales (p. ej. durante el ciclo menstrual),
- Luces brillantes (p. ej. luz estroboscópica) y,
- Uso de ciertos medicamentos o drogas.

Existen muchos tipos de trastornos convulsivos que desencadenan una variedad de síntomas, por ejemplo:

- Aura: una sensación al inicio de la convulsión (p. ej. percepción de un olor o un ruido extraño, manchas que aparecen delante de los ojos o sensaciones en el estómago),
- Mirada perdida, parpadeo, ojos en blanco,
- Pérdida del conocimiento,

- Sacudidas repetidas de una extremidad,
- Movimientos musculares espasmódicos incontrolables,
- Frotarse las manos, hacer chasquidos con los labios o tocarse la ropa,
- Pérdida de control de la vejiga o intestinos y,
- Somnolencia o confusión después de una convulsión.

2.2.5.9. Discapacidad Cognitiva o Intelectual.

Denominada discapacidad cognitiva y es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. Como hay una disminución de las funciones mentales superiores se puede ver afectada la inteligencia, el lenguaje, el aprendizaje, entre otros; así como las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos entre los más conocidos están:

- El Autismo,
- El Síndrome Down,
- Retraso Mental,
- Parálisis Cerebral.

2.2.6. Autismo.

El autismo es un trastorno cerebral complejo que afecta a la coordinación, sincronización e integración entre las diferentes áreas cerebrales. Las alteraciones esenciales de estos trastornos (interacciones sociales, comunicación y conductas repetitivas e intereses restrictivos) se justifican por múltiples anomalías cerebrales, funcionales y/o estructurales, que no siempre son las mismas.

Este planteamiento proporciona el creciente interés por el concepto del autismo como un espectro de trastornos, que puede abarcar distintos fenotipos conductuales, con diferentes grados de intensidad entre las personas que los presentan, así como durante la evolución, que dependen de las diversas áreas cerebrales involucradas, con la posibilidad de ser etiológicamente distintas.

Esta complejidad de manifestaciones clínicas sugiere la existencia de una multicausalidad. Los avances más recientes indican la importancia de los factores genéticos y de algunos posibles factores ambientales que dan lugar a alteraciones cerebrales muy tempranas.

La hipótesis más aceptada es que los trastornos esenciales de los TEA se originan durante el embarazo (se sugiere antes del 6º mes), por lo que suelen estar ya presentes en el nacimiento, y se manifiestan cuando interfieren con el curso normal del desarrollo. Los TEA, por tanto, tienen una heterogeneidad etiológica primaria, no siempre la misma en todas las familias y personas afectadas, en la que pueden influir factores ambientales, sobre todo en los primeros meses del embarazo, dando lugar al trastorno nuclear con distinta amplitud y gravedad, dependiendo de los factores (genéticos y ambientales) que participan. "Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria, Madrid España - Junio 2010".

Etimológicamente, la palabra autismo, del griego auto-, de autós, “propio, uno mismo”, fue utilizada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler en un tomo del American Journal of Insanity, en 1912.

La clasificación médica del autismo no ocurrió hasta 1943, cuando el Dr. Leo Kanner, del Hospital John Hopkins, estudió a un grupo de once niños e introdujo la caracterización autismo infantil temprano. Al mismo tiempo un científico austríaco, el Dr. Hans Asperger, utilizó coincidentemente el término psicopatía autista en niños que exhibían características similares.

El autismo también es llamado síndrome de Kanner, psicosis infantil, o esquizofrenia de la niñez. Incluye retardo mental, escasa capacidad para el lenguaje y fragilidad emocional, muchos presentan además trastornos convulsivos. El niño autista plantea un problema en el manejo odontológico, sin embargo los niños con una extensa preparación terapéutica pueden ser aptos para la experiencia. Es curioso ver como su significado etimológico contribuye a darle un sentido metafórico al concepto de autismo. Podemos imaginar al niño (genérico) con autismo como un niño muy suyo, excesivamente suyo, tan suyo, que parece no necesitar de los demás.

Tan metido en lo suyo, en su mundo propio que nos parece muy difícil y a veces incluso imposible el poder atraerlo al nuestro para poder comunicarnos con él. Podemos verlo también como un niño con unas peculiaridades propias que lo hacen diferente o muy diferente de los demás niños. Estas consideraciones así planteadas, nos dan una pista inicial muy valiosa para la comprensión del niño que padece de autismo. Nos sugieren que estamos ante un trastorno del desarrollo de las bases de la personalidad del niño más que ante una enfermedad en el sentido clásico del término. Algo que afecta a la forma de ser de la persona. Por las consecuencias que conlleva ese excesivo, intenso y duradero ensimismamiento del niño que lo aísla y desconecta de su entorno, podemos deducir que el desarrollo de su funcionamiento psíquico va también a verse afectado. Sin el otro, sin la relación y comunicación con el otro, no podemos constituirnos como sujetos con psiquismo y personalidad propios. J. Larbán Vera (2008).

Es a través de las identificaciones, algo mucho más complejo y enriquecedor que la mera imitación, que vamos incorporando a nuestro mundo interno aspectos del otro que vamos haciendo nuestros. Es de esta forma que vamos construyendo nuestra forma de ser, base de nuestra personalidad.

Para que un bebé se identifique con quien le cuida necesita sentirse atraído por él y tener la curiosidad que en general tienen todos los niños cuando todo va bien en su desarrollo. Curiosidad para observar y explorar atentamente su mundo, empezando por su propio cuerpo y el del otro, así como el mundo externo que le rodea.

Para verse, conocerse, reconocerse y sobre todo comprenderse, el niño necesita que previamente, la persona que le cuida haya sido capaz de ponerse en su lugar, comprendiéndolo en sus manifestaciones y necesidades, sin confundirse con él.

Estamos refiriéndonos ahora a la Empatía, o capacidad de identificación empática, algo de lo que los niños con funcionamiento autista suelen carecer o poseer como un bien escaso, incluso cuando en algunos casos hacen una evolución considerada como favorable.

El también llamado proceso autístico, puede verse como un funcionamiento defensivo, no evolutivo, no relacional ni comunicativo con el que intenta protegerse activa y precozmente el bebé en su interacción con el entorno. Estas defensas, que protegen a la vez que impiden el desarrollo del niño/a, a medida que se van estableciendo y consolidando, van generando y aumentando toda una serie de deficiencias, cognitivas, relacionales, emocionales, sociales y conductuales en el funcionamiento psíquico del niño al mismo tiempo que van constituyendo y formando parte de su personalidad. J. Larbán Vera (2008).

2.2.6.1. Origen del autismo.

Las personas con autismo no presentan anormalidades físicas evidentes, por esto en la década del cuarenta se creía que el Síndrome autista era una traba emocional. Investigaciones recientes señalan que este trastorno deriva de un desorden del Sistema Nervioso Central (S.N.C.) y no de problemas emocionales.

Pero como síndrome, la causa no es única, se cree que puede ser:

➤ Genéticas: (endógenas) producto de una falla cromosómica llamada "X frágil". El autismo no tiene fuerza hereditaria, puede ser heredada por una cuarta parte de los descendientes.

➤ **Bioquímicas:** El mal funcionamiento químico o metabólico favorece el comportamiento autista. Puede ser producto de hipocalcurnurias, acidosis lácticas, desorden del metabolismo de las purinas. Está enfocado hacia el rol que cumplen los neurotransmisores. Uno de los neurotransmisores principales es la Serotonina como así también el Triptófano.

➤ **Virales:** (congénitas) puede ser producto de infecciones sufridas por la madre durante el embarazo. Estas provocan anomalías en el S.N.C (p.ej. Rubeola)

2.2.6.2. Manifestaciones dentarias.

En este orden de ideas los niños que padecen del síndrome autista debido a su capacidad disminuida de entender o participar, presentan un mayor riesgo de

- afectaciones bucales; generando la prevalencia de lesiones cariosas,
- enfermedades periodontales, maloclusiones, bruxismos, alteraciones de tejido blando y traumatismo.

2.2.7. El paciente con Síndrome de Down.

Philip S. & Lewis E. (2005), señalan que: “Es el resultado de mutaciones cromosómicas que se manifiestan como un complejo de anomalías del desarrollo que afectan a todo el cuerpo”. Término descrito por primera vez por John Langdon Down, en 1866.

Su causa fue conocida hasta 1958, por Boj J. Catalá M., García C., Mendoza A. (2005), afirman que: “Estos niños tenían un cromosoma extra del par 21, lo que posteriormente daría origen a la también denominación de trisomía 21”.

La descripción clínica del síndrome fue completada en 1866, mientras que la base cromosómica fue confirmada en 1959. Estableciendo la existencia de tres variantes genéticas dentro de la trisomía 21 Boj J., Catalá M., García C., Mendoza A.(2005), manifiestan que: “El 96% presenta trisomía 21 (su fórmula cromosómica es de 47 en vez de 46, habiendo un cromosoma 21 extra) y los restantes tienen translocación (aunque tienen un cromosoma 21 extra, su fórmula cromosómica es de 46, lo que ocurre es que el cromosoma extra se encuentra pegado a otro cromosoma) y mosaicismo (en parte de sus células la fórmula cromosómica es normal, sin embargo en la otra parte dicha fórmula es de un cromosoma 21 extra)”.

Los genes son normales pero el número es excesivo y no es posible que exista un sólo cromosoma cuyos genes no intervengan en el mantenimiento del desarrollo equilibrado del cerebro. Flórez J. y Troncoso M. (1994), afirman que: “La ausencia de uno de ellos o la presencia de uno de más, siempre redundan en una alteración del desarrollo del cerebro y en la consiguiente aparición de la discapacidad mental”.

2.2.7.1.La etiología.

La etiología de esta alteración genética se desconoce aunque se presume un origen multifactorial. La causa genética de la alteración es la trisomía en el cromosoma 21, en la cual una parte o todo el cromosoma 21 está duplicado. Aproximadamente el 95 % de los casos corresponde a una verdadera trisomía mientras que el 5 % restante presenta diferentes anormalidades cromosómicas como translocación, trisomía parcial (3-4 %). Y la última expresión es el mosaicismo (1 a 2 %) en este caso tienen material extra del cromosoma 21 en alguna de sus células, pero no en todas. Por lo que la presencia de células con 46 cromosomas puede hacer que las características propias del síndrome se manifiesten en menor grado.

2.2.7.2.Manifestaciones dentarias.

- Alteraciones características en su forma y tamaño,

- Es frecuente el taurodontismo 55,8 % , dientes conoides,
- Mayor incidencia de hipoplasia adamantina,
- Hipodoncia,
- Agenesias de tercer molar, incisivo lateral y segundo premolar, con mayor preponderancia en el maxilar superior,
- Retraso en la erupción dentaria,
- Doble hilera de dientes,
- Maloclusión,
- Prevalencia de Caries dental generalmente es menor en niños y adultos con Síndrome de Down en comparación a la población general o a otros grupos de personas con discapacidad intelectual,
- Se sugiere la posibilidad de que los anticuerpos séricos anti-S. Mutans pudieran tener una función protectora

2.2.7.3. Enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal (EP) se instala en forma precoz y su evolución es rápida y agresiva. Es sumamente necesario aplicar terapéuticas preventivas a fin de evitar las consecuencias negativas de la EP.

- Alteraciones de la oclusión,
- Menor desarrollo del maxilar superior: Atresia,
- Protrusión mandibular y ángulo goniaco obtuso,
- Tercio medio facial hipoplásico,

- Discrepancia hueso-diente,
- Apiñamiento dentario,
- Maloclusiones: Alta prevalencia de mesioclusión, mordida cruzada anterior y posterior, mordida abierta anterior, protrusión mandibular y maloclusión en sentido sagital.

2.2.8. Retraso mental.

Retraso mental es una denominación general aplicada a personas cuyo desarrollo intelectual es significativamente más bajo que el de las personas normales y cuya capacidad para adaptarse a su ambiente es, en consecuencia limitada. Este estado varía en gravedad y causas. El término retraso mental (RM) se aplica a aquellas personas cuya capacidad intelectual general está significativamente por debajo de la media, y cuya adaptación al ambiente que las rodea es limitada. Se trata de un complejo conjunto de características que implican un enlentecimiento en el desarrollo de las diferentes áreas de funcionamiento del individuo.

El nivel de retardo va desde los educables y adiestrables, ambos pueden tener un dominio de su salud personal, y no adiestrables, quienes necesitarán una continua supervisión. Comité Presidencial sobre Retraso Mental, se destacó el interés en la educación de los retrasados mentales para aumentar sus responsabilidades sociales y cívicas, sus aptitudes motoras y su independencia en la sociedad. El retraso mental es un síntoma que se asocia a un gran número de entidades patológicas que afectan el organismo en sus primeras etapas de crecimientos y desarrollo. No constituye una entidad clínica en sí misma.

El grupo de retardados mentales no es homogéneo desde ningún punto de vista, se caracteriza por amplias diferencias en etiología, fenomenología clínica y patología, que se relacionan entre sí, sólo por el criterio común de un intelecto subnormal.

Hay que excluir del grupo los casos en que se altera el intelecto por daño cerebral después de la adolescencia, a los cuales se les aplica el término demencia. Las diferentes clasificaciones internacionales y europeas consideran el Retraso Mental como: “Un desarrollo mental incompleto o detenido que produce el deterioro de las funciones completas de cada época del desarrollo, tales como las cognitivas, lenguaje, motrices y socialización”. Se trata, pues, de una visión pluridimensional del R.M. en sus aspectos biológicos, psicológicos, pedagógicos, familiar y social. Aunque la inteligencia es un concepto abstracto siempre ha habido un interés en obtener pruebas fiables y con validez suficiente para medirla. No entraremos aquí en un debate sobre los diferentes tipos de inteligencia o si esta es una capacidad única o se descompone de muchos factores independientes.

Lo cierto es que, actualmente, son de uso común para evaluar la Inteligencia aquellas pruebas que nos proporcionan un valor de Coeficiente Intelectual (C.I.). El C.I se ha calculado en base a dividir la Edad Mental y la Edad Cronológica multiplicando su resultado por 100. A partir de aquí se establece el punto medio en un resultado igual 100. Hoy en día son las pruebas estandarizadas, con los baremos correspondientes y con todas las garantías psicométricas, las que establecen el valor del C.I.

En especial las pruebas Weschler (WISC) en sus diferentes formatos, son idóneas para efectuar la evaluación de la Inteligencia. En base a estos resultados, los sistemas clasificatorios (DSM-IV y CIE-10) han establecido los diferentes puntos de corte para clasificar la presencia y/o magnitud del R.M., quedando establecidos los siguientes puntos de corte:

- Retraso Mental leve..... CI 69-50
- Retraso Mental Moderado..... CI 49-35
- Retraso Mental Grave..... CI 34-20
- Retraso Mental Profundo..... CI menor de 20

Recordemos que el C.I. medio de la población se sitúa en 100 con una desviación típica de 10 (en escalas del WISC).

2.2.8.1. Manifestaciones dentarias.

Hay una mayor incidencia de la enfermedad periodontal, maloclusión y erupción anormal, anomalías de la morfología de los dientes, salivación excesiva, macroglosia, bruxismo y paladar profundo. Hay una gran variación entre los niveles de retraso mental. El manejo del paciente suele estar determinado por el nivel de función cognitiva. Se requiere atención personalizada. Es importante evaluar el contexto cultural y lingüístico, del paciente. Esto combinado con el nivel de factores de comunicación, sensoriales, motores y de comportamiento del niño. Un estricto plan de odontología preventiva debe ser formulado para el paciente junto con el padre, cuidador o tutor. El niño podría estar en necesidad de restricciones físicas, anestesia general y sedación oral o IV, dependiendo del nivel de retraso mental que el niño manifiesta.

2.2.9. Parálisis cerebral.

La parálisis cerebral (PC) es causada por daño cerebral o lesión cerebral. La lesión cerebral puede ocurrir de muchas maneras, la privación de oxígeno al nacer, el abuso del alcohol, el abuso de drogas, infección, ictericia y desnutrición, entre otras. La parálisis cerebral es considerada un trastorno no progresivo que es resultado del mal funcionamiento del centro motor del cerebro. Se caracteriza por debilidad, falta de coordinación y otras anomalías de la función motora. Se produce durante el período prenatal o perinatal. Si los problemas neurológicos se manejan adecuadamente, los pacientes disfrutan de una vida normal. El paciente con parálisis cerebral, incluye a un grupo de trastornos no progresivos de los centros y vías motoras del cerebro. El paciente es débil y está impedido de realizar muchas funciones motrices.

También puede haber retardo mental, ataques y otros trastornos emocionales. Los pacientes con parálisis cerebral presentan muchas complicaciones en la atención odontológica, incrementados en casos de retardo mental por problemas de conducta. Además los posibles trastornos del habla pueden tornar difícil y hasta imposible la comunicación con el odontólogo.

2.2.9.1. Manifestaciones clínicas.

En orden descendente, los pacientes pueden manifestar retraso mental (60 %), convulsiones (50 %), déficit sensorial (35 %) trastornos del habla y contracturas articulares. Los niños con parálisis cerebral manifiestan rigidez muscular, movimientos involuntarios, temblores, falta de coordinación los movimientos voluntarios o una combinación de las anteriores.

2.2.9.2. Manifestaciones dentarias.

Muchos niños con PC tienen enfermedad periodontal, caries dental, babeo, aumento de la erosión, el bruxismo, maloclusión, trauma, disfagia, aumento de salivación, aumento de reflejo nauseoso, la mordida hiperactiva. Los problemas con la alimentación y el cepillado, también son comunes.

2.2.9.3. Consideraciones odontológicas.

Un plan de prevención agresivo debe ser puesto en marcha para los pacientes con PC. El entorno del área de tratamiento tiene que ser tranquilo con el fin de reducir movimientos musculares. El paciente debe ser capaz de sentirse cómodo sin forzar que las extremidades estén en una posición anormal.

A veces se recomienda tratar al paciente en la silla de ruedas. Si la silla dental se va a utilizar, asegúrese de que la cabeza del paciente se haya estabilizado y es recomendable minimizar el tiempo de tratamiento. El dique de goma es recomendado para los procedimientos de restauración.

2.2.10. Discapacidades sensoriales.

Dentro de la categoría de las discapacidades sensoriales, encontramos la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos.

2.2.10.1. Discapacidad visual.

La discapacidad visual es la carencia, deficiencia o disminución de la visión. Para muchas personas la palabra ciego significa carencia total de la visión, como la ONCE (1979) considera como no vidente, a quien no consiga con ninguno de sus dos ojos 1/10 de visión con carácter permanente e incurable; sin embargo, la discapacidad visual se divide en ceguera total o amaurosis, ceguera legal. Los niños no videntes, requieren una especial preparación para superar su discapacidad. Generalmente el paciente ciego no plantea problemas para el odontólogo. Sin embargo deberá ser muy cuidadoso de explicar todo lo que se realizará y disminuir los ruidos alarmantes. Los distintos sonidos deben ser descriptos al niño con anterioridad a la utilización del instrumental que los producirá.

2.2.10.2. Discapacidad auditiva.

La persona que padece sordera puede ser un buen paciente. Algunos necesitan especial preparación, pero su habilidad para descifrar las palabras a través de los labios del interlocutor, o palabras impresas, es generalmente muy buena, posibilitando la recepción de información.

Generalmente los niños con esta patología se encuentran estrechamente vinculados con sus padres o con su maestro, y en esos casos es útil la presencia de ellos en el consultorio para actuar como interlocutor e intérprete entre el paciente y el odontólogo. La OMS la define como la falta de percepción de los sonidos con ayuda de aparatos amplificadores.

2.2.11. Características socio-demográficas.

Las características socio demográficas de los niños/as, como su edad, género, son datos importantes que nos permiten conocer de la población a la cual pertenece.

2.2.12. Patologías buco-dental.

Algunos de los factores que contribuyen a una salud bucal deficiente en los niños con discapacidades y otras necesidades especiales son:

- ❖ **Condiciones bucales:** porque existen ciertas enfermedades genéticas o motoras donde pueden aparecer defectos en la mineralización del esmalte dental, maloclusiones, enfermedad de las encías.

- ❖ **Limitaciones físicas:** ya que algunos no pueden masticar bien, lograr una motilidad de la lengua adecuada, o incoordinación motora general que les dificulta la autolimpieza, o simplemente la propia autonomía en la higiene diaria.

- ❖ **Dietas especiales:** ya que algunos, por la propia dificultad para tragar o masticar necesitan dietas licuadas, blandas, pegajosas que permanecen en la boca por mucho tiempo antes de ser tragadas.

- ❖ **Medicamentos:** algunos de ellos, para poder ser agradables, tienen un alto contenido de azúcares, otros reducen el flujo salivar o colorean el esmalte dental.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Espina bífida: Malformación congénita en la que existe un cierre incompleto del tubo neural (al final del 1er. mes de vida embrionaria) y posteriormente, el cierre incompleto de las últimas vértebras.

Miastenia: Enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos (los voluntarios) del cuerpo.

Mitocondrias: Son organelos celulares encargados de suministrar la mayor parte de la energía para la actividad celular. Actúan por lo tanto, como centrales energéticas de la célula y sintetizan ATP a expensas de los carburantes metabólicos (glucosa, ácidos grasos y aminoácidos).

Mosaicismo: Alteración genética en la que, en un mismo individuo, coexisten dos o más poblaciones de células con distinto genotipo (dos o más líneas celulares), supuestamente originadas a partir de un mismo cigoto.

Polimiositis: Tipo de miopatía inflamatoria crónica como la dermatomiositis y la miositis por cuerpos de inclusión.

Polineuritis Diabética o Urémica: En la polineuropatía diabética es probable que existan alteraciones patológicas en los vasos sanguíneos de menor tamaño que irrigan los nervios, a consecuencia de lo cual, éstos sufren daños.

Síndrome de Asperger: conjunto de problemas mentales y conductuales que forma parte de los trastornos del espectro autista. Se encuadra dentro de los trastornos generalizados del desarrollo. La persona afectada muestra dificultades en la interacción social y en la comunicación de gravedad variable, así como actividades e intereses en áreas que suelen ser muy restringidas y en muchos casos estereotípicas.

Triptófano: Aminoácido esencial en la nutrición humana. Es uno de los 20 aminoácidos incluidos en el código genético (codón UGG). Se clasifica entre los aminoácidos apolares, también llamados hidrófobos.

Es esencial para promover la liberación del neurotransmisor serotonina, involucrado en la regulación del sueño y el placer. Su punto isoeléctrico se ubica a pH = 5,89. La ansiedad, el insomnio y el estrés se benefician de un mejor equilibrio gracias al triptófano.

Serotonina: Es una monoamina neurotransmisora sintetizada en las neuronas serotoninérgicas del sistema nervioso central (SNC) y en las células enterocromafines (células de Kulchitsky) del tracto gastrointestinal de los animales y del ser humano.

La serotonina también se encuentra en varias setas y plantas, incluyendo frutas y vegetales. En el sistema nervioso central, se cree que la serotonina representa un papel importante como neurotransmisor, en la inhibición de: la ira, la agresión, la temperatura corporal, el humor, el sueño, el vómito, la sexualidad, y el apetito.

Atresia: Es la falta de perforación o la presencia de oclusión de un orificio o conducto normal del cuerpo de un animal. Podemos llamar atresia también al proceso de degeneración o muerte programada (apoptosis) propia de las células en cualquier fase de la foliculogénesis. Casi todas las atresias son congénitas.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.4.6. Hipótesis.

H_i: (Hipótesis de la investigación): Los odontólogos no poseen un protocolo de atención especial para niños con capacidades diferentes y por ello, no están capacitados adecuadamente para el manejo de este tipo de pacientes.

H_a: (Hipótesis alternativa): La correcta atención para niños con capacidades diferentes, depende de conocer las diferentes patologías que estos niños manifiestan.

H₀: (Hipótesis nula): La correcta atención para niños con capacidades diferentes, NO depende del seguimiento en procedimientos específicos por parte del profesional odontólogo.

2.4.7. Variables.

2.4.7.1. Variables independientes.

- Discapacidad,
- Características socio-demográficas
- Patologías buco-dentales y,
- Conducta.

2.4.7.2. Variable dependiente.

- Manejo odontológico.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INST.
Independientes				
Discapacidad	Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.	Física Intelectual Psíquica Sensorial	Fisiológico Psicológico	Entrevistas
Características socio-demográficas	Cualquier característica de la población que pueda ser medida o contada es susceptible al análisis socio-demográfico	Edad Género Educación Residencia Raza Etc.	Fecundidad Salud Mortalidad Economía Movimiento migratorio Etc.	Encuestas
Patologías buco-	Enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandíbula y	Caries Gingivitis Periodontitis	Estado de salud adecuado en el individuo	Examen intraoral

dentales	órganos dentarios	Cáncer		
		Halitosis		
Conducta	Manera de realizar un organismo sus funciones vitales o de responder a ciertos estímulos.	Agresivo	Actitudes corporales	Historias clínicas
		Pasivo	Gestos	
			Acciones	
		Asertivo	Lenguaje	
Dependiente		Dientes		
		Periodonto		
		Articulación temporomandibular	Malo	Análisis intraoral
		Sistema neuromuscular	Regular	Encuestas
Manejo odontológico	Diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático	Lengua	Satisfactorio	Entrevistas
		Paladar		
		Mucosa oral	Bueno	
		Glándulas salivales		Historia clínicas
		Labios	Muy bueno	
		Amígdalas		
		Orofaringe		

Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.2. MÉTODO.

DOCUMENTAL: Utilizando como medio de consulta libros, revistas científicas y artículos publicados por referentes en la cátedra.

3.2.6. Tipo de investigación.

El tipo de estudio de esta investigación es: descriptivo, de campo y transversal.

a) Descriptivo porque se observará las características del objeto de estudio (Relación entre la atención odontológica y las capacidades especiales de los niños)

b) Es de campo, porque queremos observar los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo (Kerlinger, 1979; citado por Hernández S. 2006).

c) Transversal porque se va a realizar la recolección de datos o características, en un solo corte de tiempo.

3.2.7. Diseño de investigación.

Se examinarán las historias clínicas (Si las hubiese) y encuestas de cada paciente, se considerarán las entrevistas con los padres y/o tutores y las encuestas realizadas a los profesionales odontólogos.

3.2.8. Tipo de estudio.

El tipo de estudio será documental gracias a la investigación bibliográfica, lo cual nos permitirá conocer el comportamiento de las variables en estudio; porque se podrá conocer de qué modo o por qué causa, se produce una situación o acontecimiento particular.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.6. Población.

La investigación planteada, será realizada en todos los niños-pacientes cuyos padres asistan a las entrevistas y acepten de conformidad participar en la investigación. Luego se realizarán los diferentes procesos planteados y se analizarán los resultados para la comprobación de la hipótesis (**H_i**).

3.3.7. Muestra.

La muestra fueron los niños con capacidades especiales del Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba. Al ser una población importante, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión y se utilizó la fórmula de **Chi²**.

Por tal motivo, la muestra quedó conformada por 28 niños-pacientes con distintas discapacidades).

También incluye a 28 padres o representantes de pacientes con capacidades especiales.

De igual modo, la muestra abarca a 20 odontólogos profesores de la Universidad Nacional de Chimborazo UNACH.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de la información y de los resultados observados mediante las encuestas a los odontólogos para poder evaluar si éstos, están preparados para atender a niños con capacidades especiales. También se realizaron encuestas a los padres y/o responsables legales de los niños, para registrar mediante una hoja de control, las problemáticas que los niños manifiestan al momento de la atención odontológica, conjuntamente con otras apreciaciones de los adultos responsables (Calidad de atención, satisfacción, etc.)

Los métodos teóricos y los métodos empíricos utilizados en la presente investigación, se detallan a continuación:

➤ Analítico - sintético: Este método se utilizó con el fin de analizar cada una de las historia clínicas y los tipos de discapacidad de los integrantes de la escuela para niños con capacidades especiales Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba, con el fin de obtener datos generales sobre los problemas presentes en este grupo poblacional.

➤ Inductivo - deductivo: Este método se utilizó porque al tener datos generales de los problemas presentes en las instituciones, se podrá dar soluciones más eficaces para cada uno de los problemas que puedan presentarse.

➤ Histórico - lógico: Este método nos orientó en la recolección de datos históricos sobre la atención a pacientes con capacidades especiales, así como con las definiciones de los avances conceptuales existentes respecto a tratamientos preventivos y terapéuticos que en distintas partes del mundo y Latinoamérica, se siguen con estos pacientes.

➤ Enfoque sistémico: Con este método justamente se orientó la integración entre los componentes del sistema que conformará el “Manual de Procedimientos”, esto permite presentar al manual como nuevo aporte para la atención odontológica preventiva y terapéutica para pacientes con capacidades especiales.

➤ Observación científica: Se utilizará en la investigación para la obtención de información primaria, mediante el pesquisaje directo de los pacientes con capacidades especiales pertenecientes a la escuela para niños con capacidades especiales Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba.

➤ Entrevista: Es un método empírico de recolección de información, es muy flexible y se puede ir ajustando a los resultados que se van obteniendo. Se aplicó para obtener información sobre la atención odontológica a pacientes con capacidades especiales, procedente de odontólogos.

➤ Encuesta: Es un método que se utilizó para recopilar información a través de preguntas a una determinada muestra de personas. Se aplicó a padres de familias para conocer el estado actual de atención de estos pacientes y su opinión acerca de las mismas.

➤ Análisis de documentos: Con este método se pudo recoger información, sobre la base de un sistema de clasificadores, que se ajuste a los objetivos que se desean alcanzar en la investigación. La utilización de este método se concentró en el estudio de historias clínicas de los pacientes que constituyeron el centro de la investigación.

3.5. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los datos que se obtengan en el estudio serán ordenados en valores porcentuales, promediales y numéricos.

Serán representados en tablas y gráficos respectivamente interpretados y procesados en el programa Microsoft Excel, para una mejor interpretación.

CAPÍTULO IV

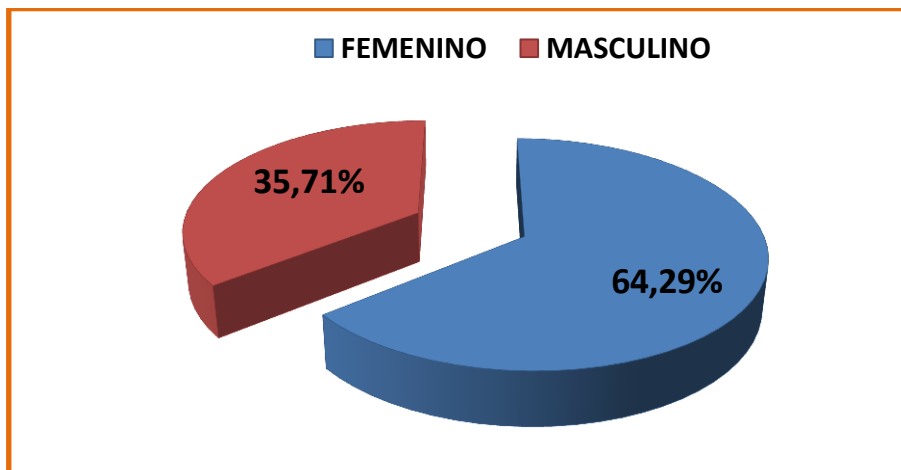
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla N° 1: Pacientes por género.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	18	64,29 %
Masculino	10	35,71 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 1: Representación de los pacientes por género.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

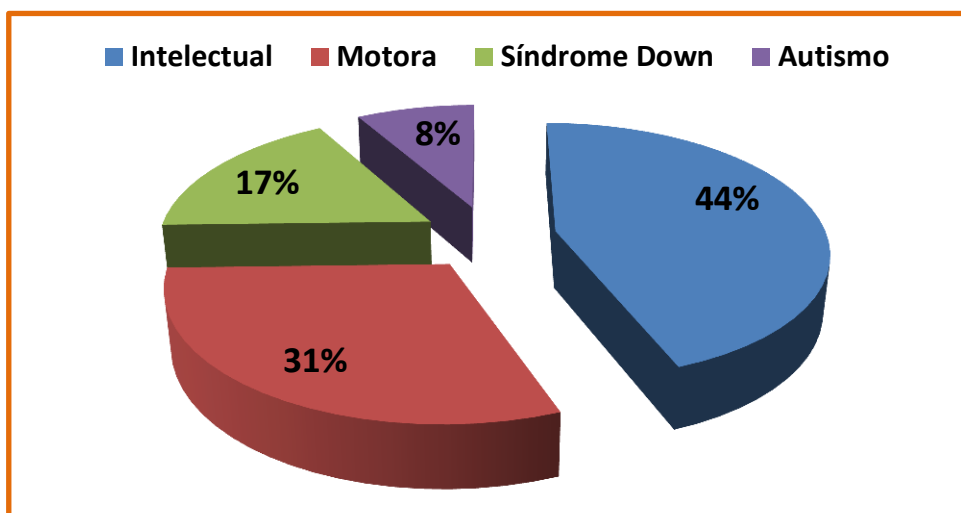
Análisis e interpretación: La población objeto del presente estudio, está representada por 28 individuos de los cuales 18 son de género femenino (64,29 %) y 10 son de género masculino (35,71 %).

Tabla N° 2: Diferentes capacidades especiales identificadas.

Capacidades especiales	Frecuencia	Porcentaje
Intelectual	80	44%
Motora	55	31%
Síndrome Down	31	17%
Autismo	15	8%
Total	181	100%

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 2: Diferentes capacidades especiales identificadas.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

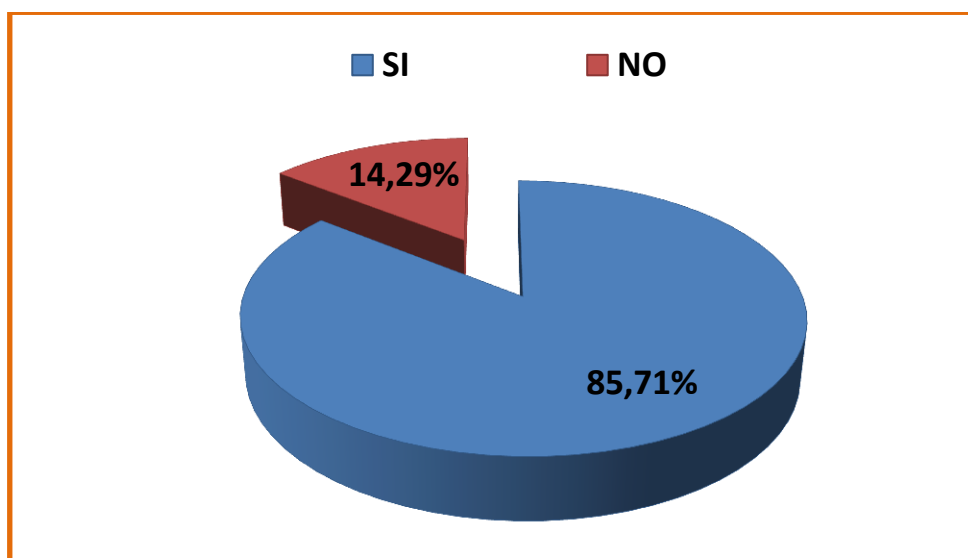
Análisis e interpretación: Según los registros de la Institución, se pudo identificar las siguientes capacidades especiales: Intelectual con 80 individuos, representando el 44 % de la población que asiste al Instituto, Motora con 55 individuos, representando el 31 %, Síndrome Down con 31 individuos representando el 17 % y, Autismo con el 8 %, representado por 15 individuos. Se interpreta que existe una gran población que necesita de urgente atención odontológica.

Tabla N° 3: Conocimiento sobre la salud bucal.

ESTADO DE SALUD BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	85,71 %
NO	4	14,29 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 3: Representación sobre el conocimiento de la salud bucal.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Análisis e interpretación: Los padres y/o tutores de los niños con capacidades diferentes, han manifestado positivamente tener conocimiento al respecto de la salud bucal de los mismo, en el 85,71 % (24 padres) y sólo el 14,29 % (4 padres) no lo tiene.

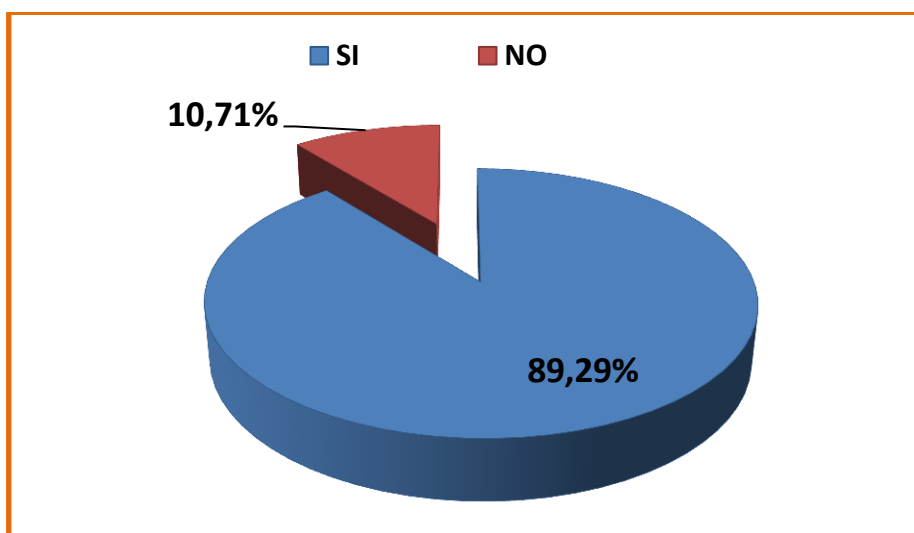
Se evidencia, la necesidad de realizar reuniones o charlas informativas a los padres de los niños, ya que la población total del instituto es de 181; y por ende, existen variadas patologías manifestadas en la salud oral de los pacientes.

Tabla N° 4: Visita al odontólogo.

TUTELA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	89,29 %
NO	3	10,71 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 4: Representación de las visitas al odontólogo.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Análisis e interpretación: La población en estudio, manifiesta que el 89,29 % (25 niños), sí acuden al odontólogo con frecuencia por diferentes motivos (llora, inquieto, señales, no come, etc.) y que el 10,71 %, (3 niños) no visitan al odontólogo.

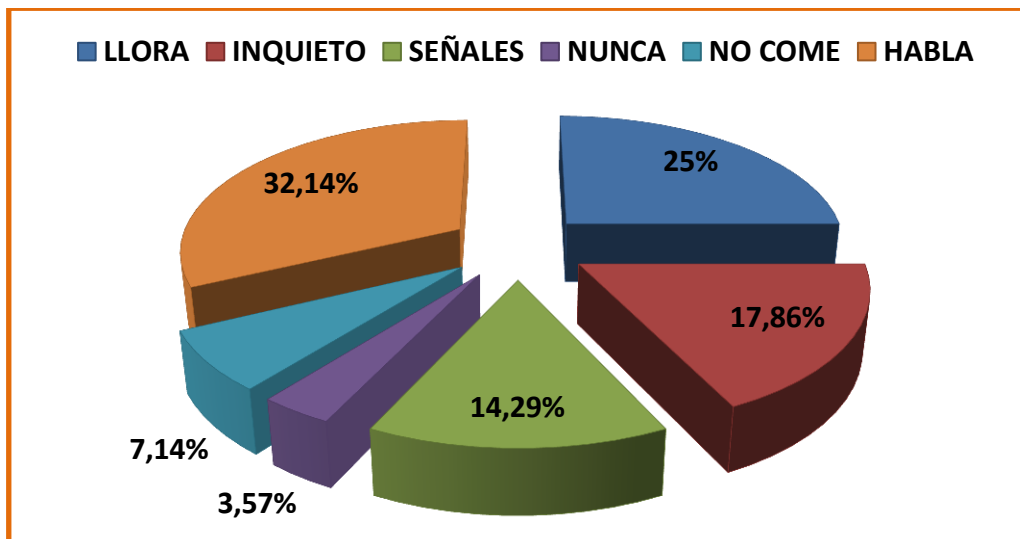
Se interpreta que la visitas al profesional odontólogo para controles periódicos, son aún, muy escasas ya que la población total del instituto, es de 181 alumnos.

Tabla N° 5: Tipo de molestias dentales.

MOLESTIAS DENTALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LLORA	7	25,00 %
INQUIETO	5	17,86 %
SEÑALES	4	14,29 %
NUNCA	1	3,57 %
NO COME	2	7,14 %
HABLA	9	32,14 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 5: Representación de los tipos de molestias dentales.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Análisis e interpretación: La población estudiada, manifestó que el 25 % (7 niños), lloran; que el 17,86 % (5 niños) están inquietos; que el 14,29 % (4 niños) dan

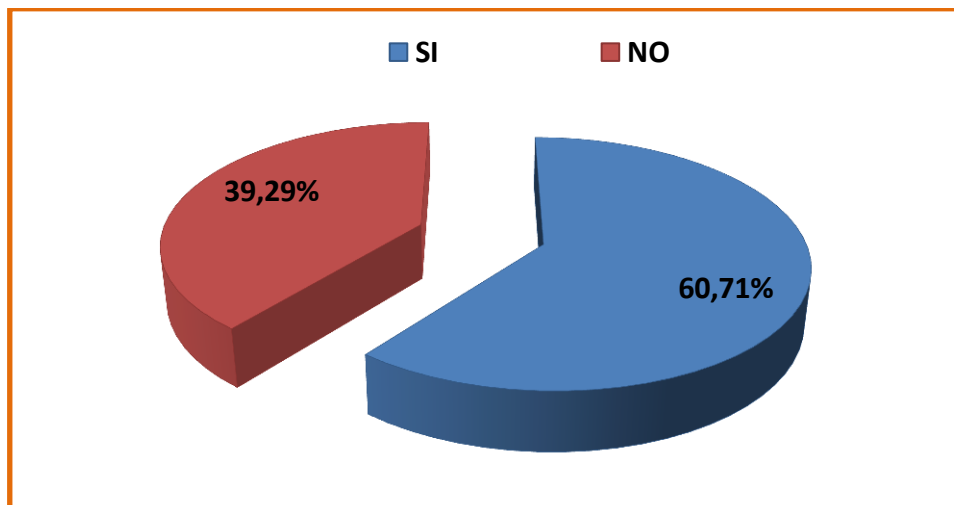
señales; que el 3,57 % (1 niño) no tiene ninguna manifestación; que el 7,14 % (2 niños) no comen; y que el 32,14 % (9 niños) hablan al respecto.

Tabla N° 6: Aceptación del tratamiento.

TUTELA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	60,71 %
NO	11	39,29 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 6: Representación sobre la aceptación del tratamiento.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Análisis e interpretación: De la población estudiada, el 60,71 % (17 niños) sí aceptan el tratamiento y que el 39,29 % (11 niños) no aceptan el tratamiento. Se interpreta que el porcentaje de padres y pacientes, aún no es el correcto.

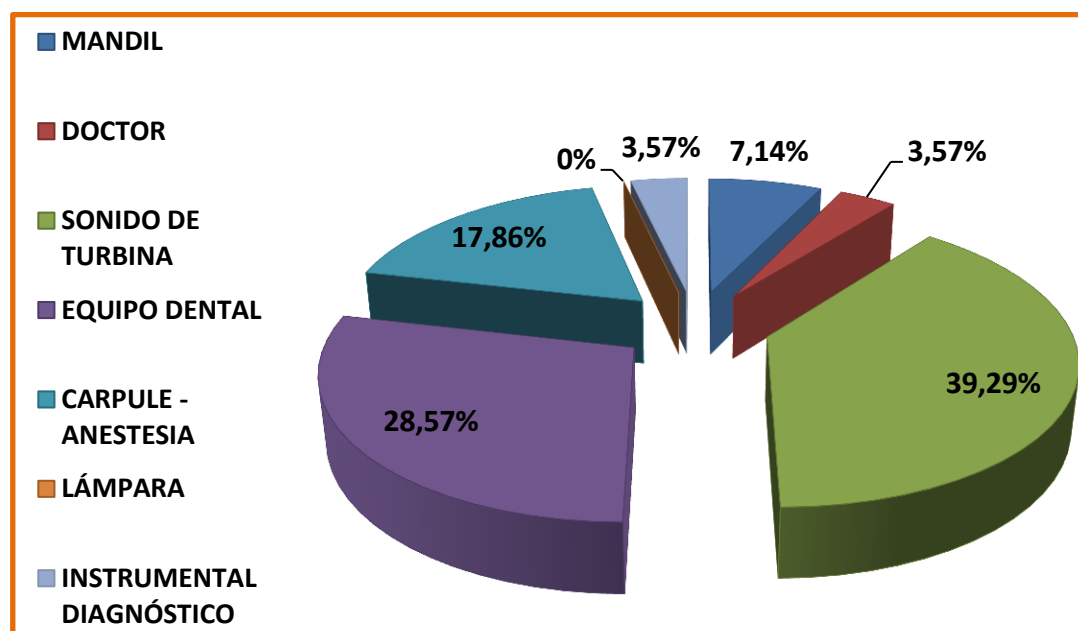
Se espera que con el nuevo odontólogo, exista mayor aceptación en la institución, por parte de los padres en beneficio de los pacientes.

Tabla N° 7: Temores de los pacientes.

QUÉ LE ASUSTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MANDIL	2	7,14 %
DÓCTOR	1	3,57 %
SONIDO DE TURBINA	11	39,29 %
EQUIPO DENTAL	8	28,57 %
CARPULE - ANESTESIA	5	17,86 %
LÁMPARA	0	0 %
INSTRUMENTAL DIAGNÓSTICO	1	3,57 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 7: Representación de los temores de los pacientes.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

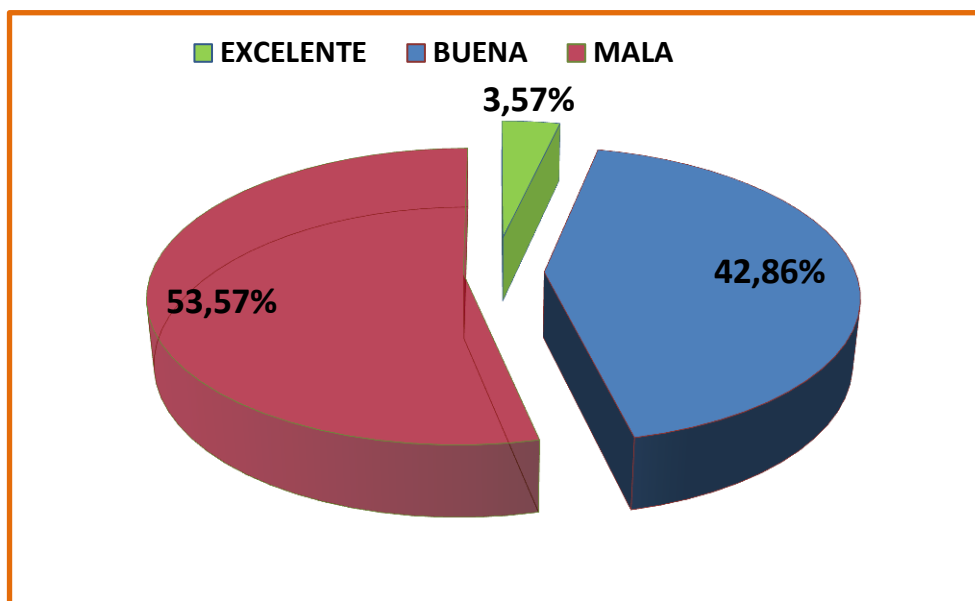
Análisis e interpretación: La población, manifiesta que el mandil es motivo de temor en el 7,14 % (2 niños), al profesional el 3,57 % (1 niño), al sonido de la turbina el 39,29 % (11 niños), al equipo dental el 28,57 % (8 niños), al carpule y anestesia el 17,86 % (5 niños); a la lámpara el 0 %; y al instrumental el 3,57 % (1 niño).

Tabla N° 8: Indicador en la atención odontológica.

EXPERIENCIA CON LA ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	1	3,57 %
BUENA	12	42,86 %
MALA	15	53,57 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 8: Representación del indicador en la atención odontológica.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

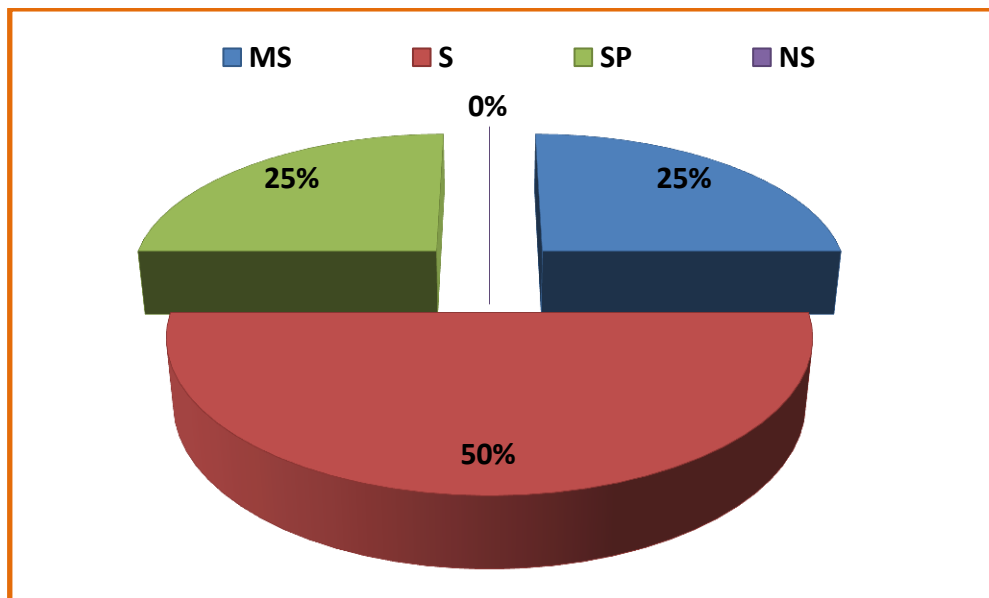
Análisis e interpretación: La población ha indicado que con relación a la atención odontológica, apenas el 42,86 % (12 pacientes) ha sido excelente; que el 53,57 % (15 pacientes) dicen fue buen y que el 3,57 % (1 paciente) manifiesta que fue mala.

Tabla N° 9: Indicador de atención personal.

ATENCIÓN BAJO TUTELA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MS	7	25 %
S	14	50 %
PS	7	25 %
NS	0	0 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 9: Representación del indicador de atención personal.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

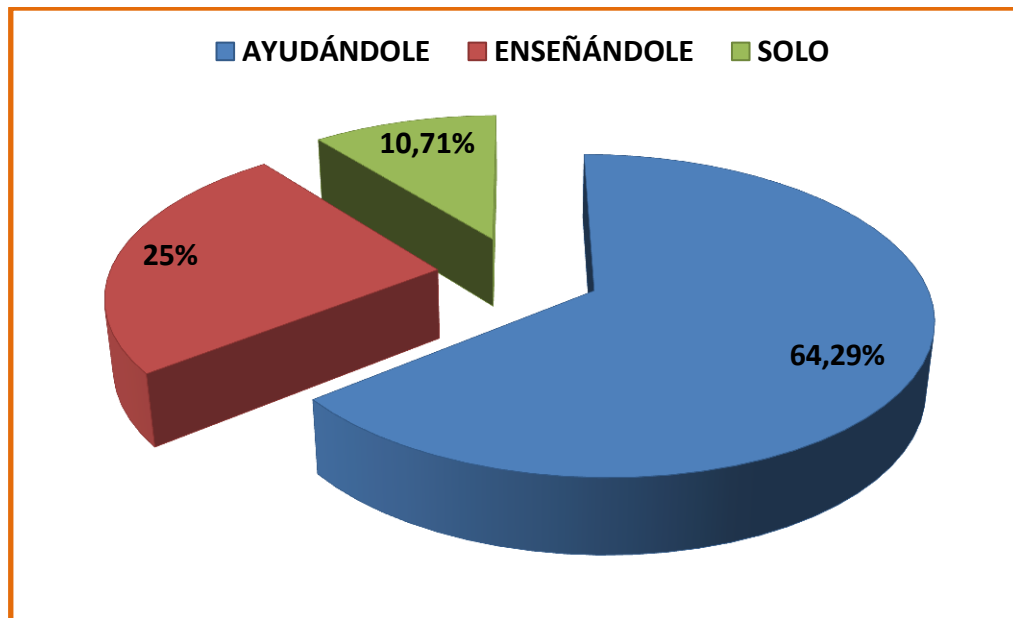
Análisis e interpretación: La población estudiada por medio de las encuestas que sus tutores y padres entregaron, determinó que los resultados alcanzados con la atención odontológica de sus hijos, fue MS para el 25 % (7 niños); S para el 50 % (14 niños), PS para el 25 % (7 niños) y NS para el 0 %.

Tabla N° 10: Asistencia en la higiene bucal del niño.

ASISTENCIA HIGIENE ORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AYUDÁNDOLE	18	64,29 %
ENSEÑÁNDOLE	7	25,00 %
SOLO	3	10,71 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 10: Representación de la asistencia en la higiene bucal del niño.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Análisis e interpretación: Con relación a la asistencia que los padres y/o tutores de los niños le brindan al respecto de la higiene bucal, el 64,29 % (18 niños) son ayudados por sus padres; el 25 % (7 niños) se les enseña y el 10,71 % (3 niños) lo hacen solos.

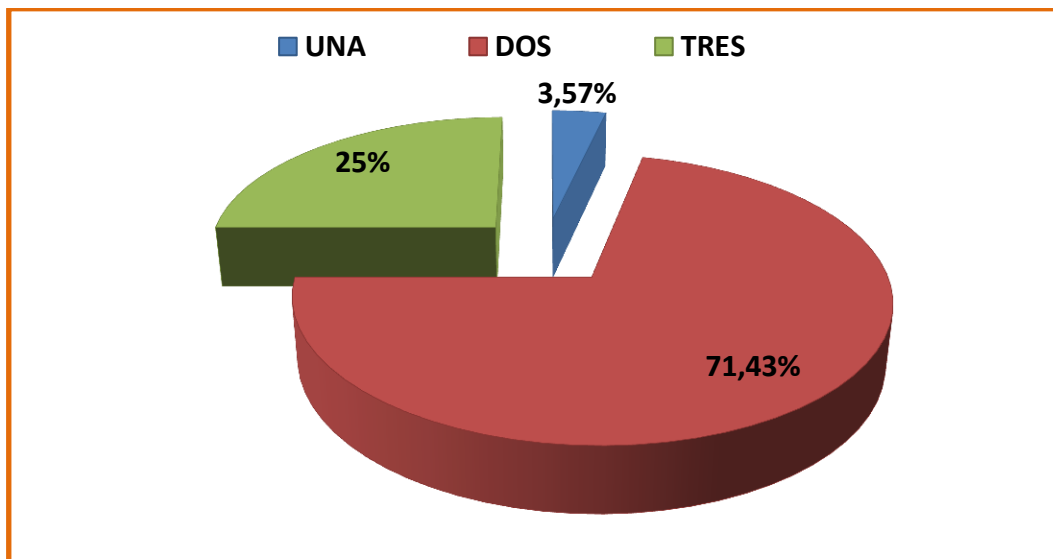
Se evidencia la colaboración de los padres en estas tareas y es necesario recalcar esa ayuda en beneficio de los pacientes, de manera permanente.

Tabla N° 11: Cepillado diario.

ASISTENCIA HIGIENE ORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNA	1	3,57 %
DOS	20	71,43 %
TRES	7	25 %
TOTAL	28	100 %

Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 11: Representación del cepillado diario.



Fuente: Instituto Carlos Garbay - Riobamba.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Análisis e interpretación: Con relación a la cantidad de veces que los niños se realizan el cepillado, el 3,57 % (1 niño) lo hace una vez al día; el 71,43 % (20 niños) lo hacen dos veces al día y, el 25 % (7 niños) lo hacen tres veces al día.

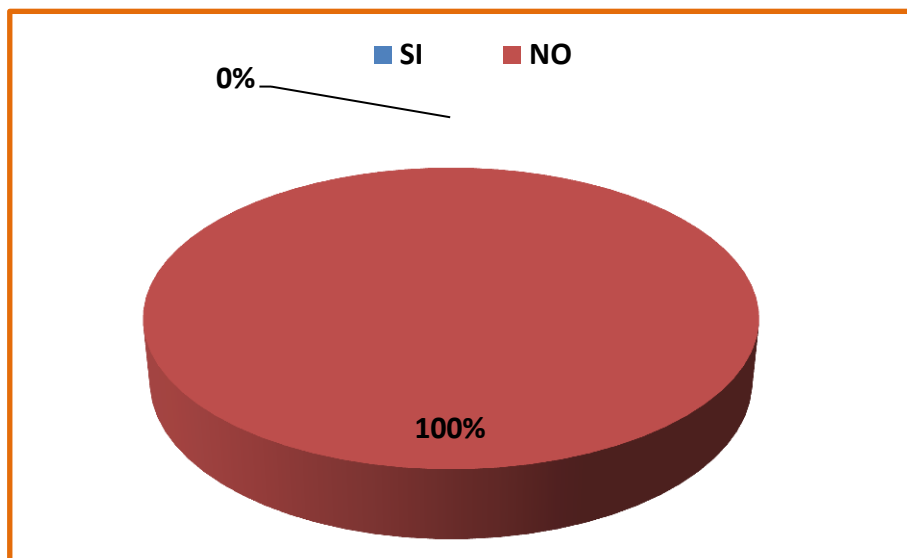
Se interpreta la necesidad de que los padres y/o tutores, supervisen estas tareas en beneficio de la salud bucal de los pacientes.

Tabla N° 12: Espacio físico acorde a las necesidades.

ESPACIO FÍSICO ACORDE A LAS NECESIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0 %
NO	20	100 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 12: Espacio físico acorde a las necesidades.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

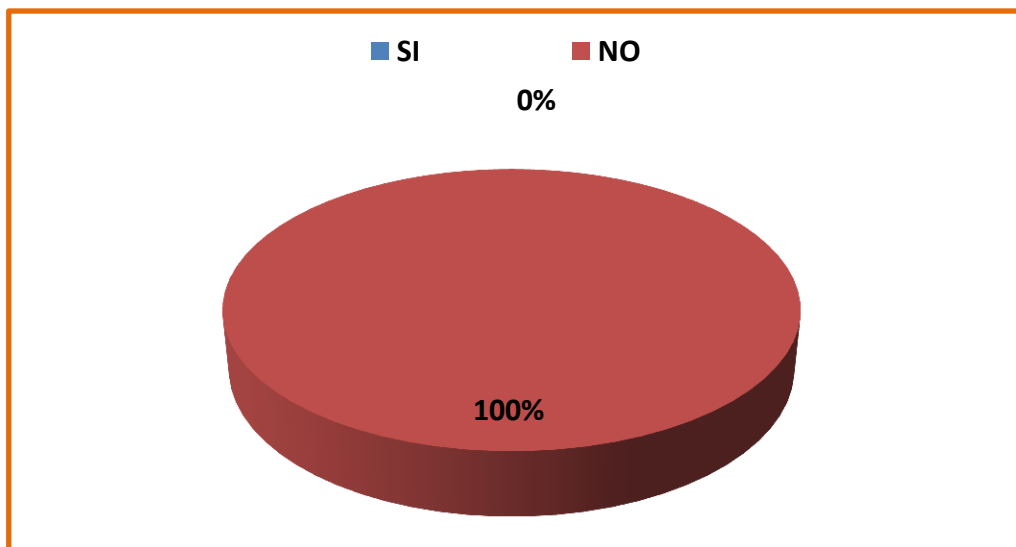
Análisis e interpretación: De los 20 profesionales Odontólogos entrevistados, se pudo comprobar que el 100 % de ellos, NO posee instalaciones adecuadas para recibir a personas con movilidad reducida o con sillas de ruedas. (Consultorios en pisos superiores, puertas pequeñas, etc.)

Tabla N° 13: Odontólogos que cuentan con personal auxiliar capacitado.

Personal auxiliar capacitado	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0 %
NO	20	100 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 13: Odontólogos que cuentan con personal auxiliar capacitado.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

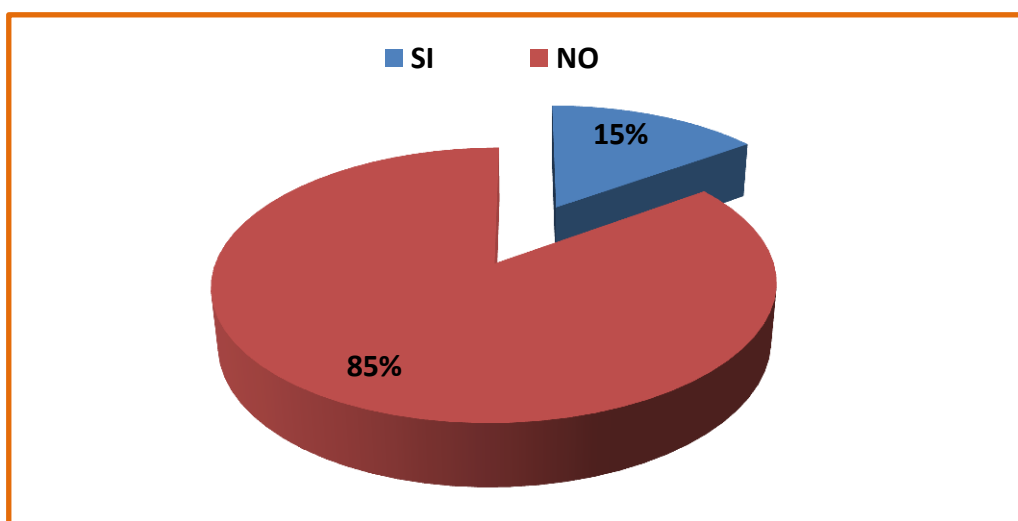
Análisis e interpretación: De los 20 profesionales Odontólogos entrevistados, se pudo comprobar que el 100 % de ellos, NO posee personal auxiliar capacitado, que lo asista en la atención de niños con capacidades especiales. No existen instituciones y/o universidades que incluyan esta formación en sus carreras académicas.

Tabla N° 14: Experiencia del profesional odontólogo.

Experiencia del profesional Odontólogo	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	15 %
NO	17	85 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 14: Experiencia del profesional odontólogo.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

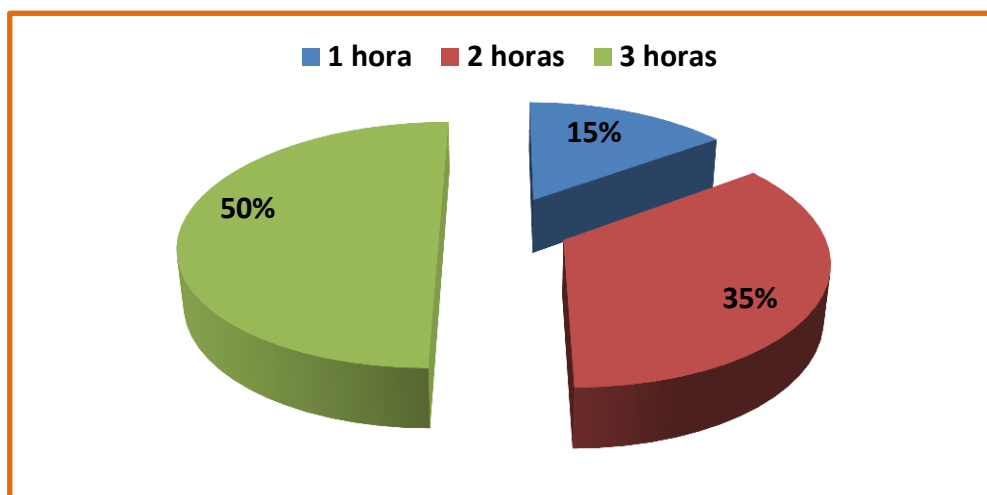
Análisis e interpretación: Con relación a la experiencia previa que poseen los Odontólogos en la atención de esta población, se pudo comprobar que el 85 % (17 Odontólogos), no posee experiencia y que el 15 % (3 Odontólogos), sí poseen experiencia. Es necesario la capacitación y la formación de una guía de atención para este tipo de población.

Tabla N° 15: Tiempo de atención.

TIEMPO DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 hora	3	15 %
2 horas	7	35 %
3 horas	10	50 %
Total	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 15: Tiempo de atención.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

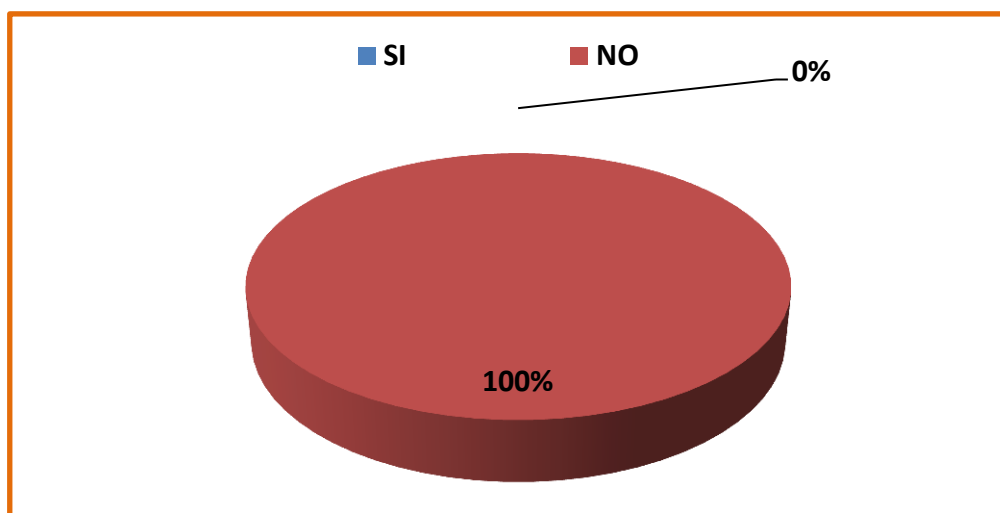
Análisis e interpretación: De la encuesta se desprenden los siguientes datos: 3 Odontólogos, consideran 1 hora mínima y necesaria para la atención a personas con capacidades especiales, representando el 15 % de profesionales, 7 profesionales 2 horas representando el 35 % y 10 profesionales 3 horas, representado el 50 % respectivamente. Se interpreta una demanda de tiempo muy alta y por ende de mayores costos para el paciente y el profesional Odontólogo.

Tabla N° 16: Imposibilidad de comunicación verbal con el paciente.

IMPOSIBILIDAD DE COMUNICACIÓN VERBAL CON EL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0 %
NO	20	100 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 16: Imposibilidad de comunicación verbal con el paciente.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Análisis e interpretación: De los 20 profesionales Odontólogos consultados, el 100 % consideraron que el problema de comunicación con el paciente, es una gran problemática para lograr un correcto diagnóstico y tratamiento.

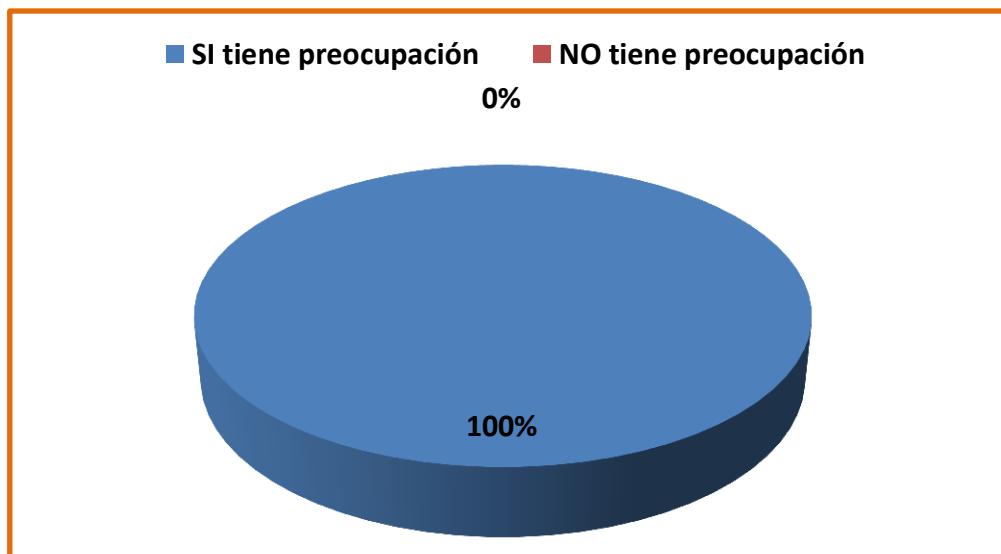
Se interpreta la necesidad de conocer un protocolo adecuado por parte de los profesionales, para la atención de pacientes con capacidades especiales.

Tabla N° 17: Reacciones refleja.

REACCIONES REFLEJAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI tiene preocupación	20	100 %
NO tiene preocupación	0	0 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 17: Reacciones refleja.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Análisis e interpretación: De los 20 profesionales Odontólogos consultados, el 100 % interpretaron ciertos temores a las reacciones reflejas de los pacientes, esto también es, una gran problemática para lograr un correcto diagnóstico y tratamiento.

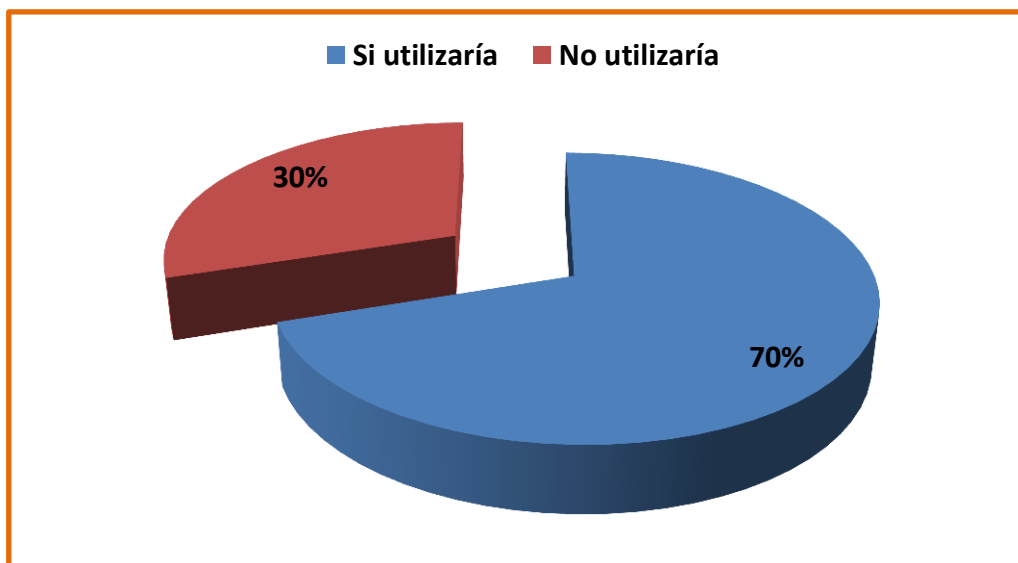
Se interpreta nuevamente, la necesidad de conocer un protocolo adecuado por parte de los profesionales, para la atención de pacientes con capacidades especiales.

Tabla N° 18: Anestesia general.

ANESTESIA GENERAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si utilizaría	14	70 %
No utilizaría	6	30 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 18: Anestesia general.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

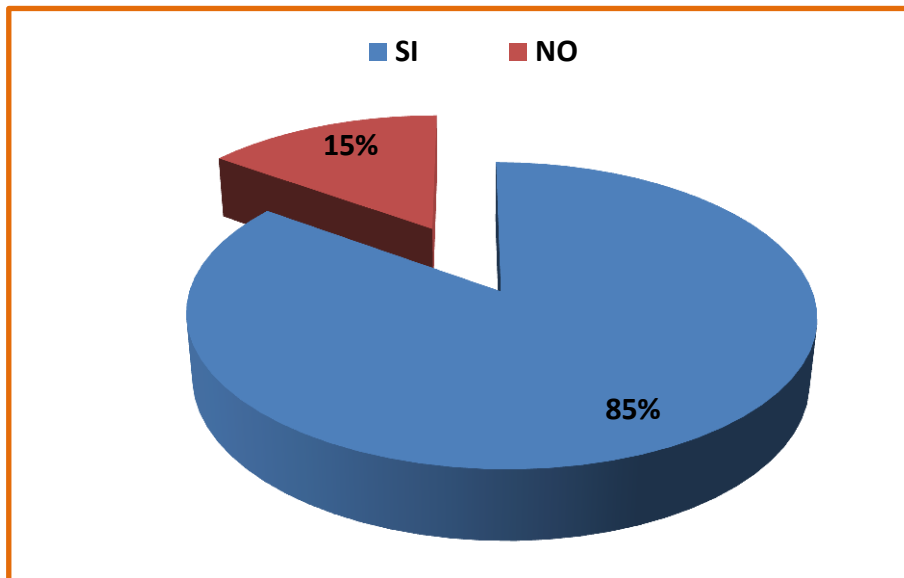
Análisis e interpretación: De los 20 Odontólogos entrevistados, el 70 % de ellos (14 profesionales) sí utilizaría anestesia general para evitar problemas y el 30 % restante (6 profesionales) no utilizarían anestesia general, para lograr un correcto, rápido y eficaz tratamiento.

Tabla N° 19: Colaboración de los padres y/o tutores.

COLABORACIÓN DE LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	85 %
NO	3	15 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 19: Colaboración de los padres y/o tutores.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

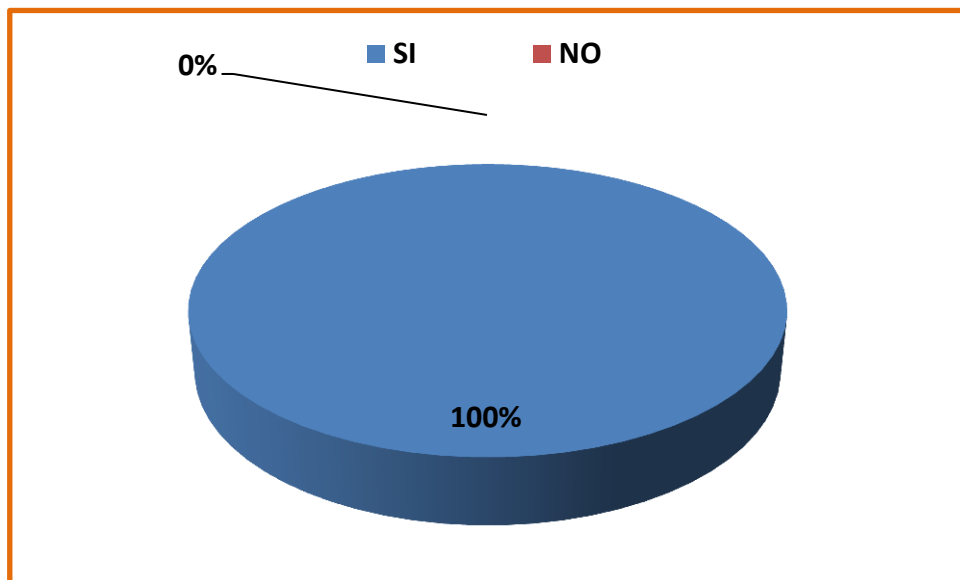
Análisis e interpretación: De los 20 Odontólogos entrevistados, el 85 % de ellos (17 profesionales) sí creen necesario la colaboración de los padres para evitar problemas y el 15 % restante (3 profesionales) no consideran importante la colaboración de los padres, para lograr un correcto, rápido y eficaz tratamiento.

Tabla N° 20: Consentimiento informado y escrito.

CONSENTIMIENTO INFORMADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	100 %
NO	0	0 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 20: Consentimiento informado y escrito.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

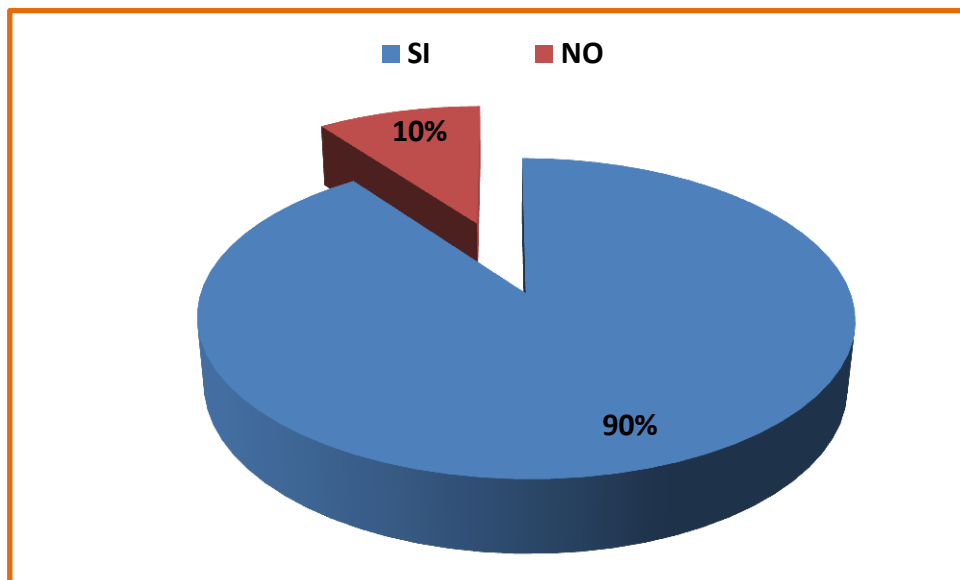
Análisis e interpretación: Como última pregunta, el 100 % de los Odontólogos entrevistados (20 profesionales), consideraron estrictamente necesario el consentimiento informado y firmado, para evitar posibles sanciones legales a futuro.

Tabla N° 21: Derivación del paciente.

DERIVACIÓN DEL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	90 %
NO	2	10 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Gráfico N° 21: Derivación del paciente.



Fuente: Encuesta al profesional Odontólogo.
Elaborado por: Mónica M. Albán S.

Análisis e interpretación: En la tabla N° 21 y su correspondiente gráfico, se demuestra que el 90 % de los Odontólogos (18 profesionales), sí realizarían la derivación del paciente, a un centro de salud especializado y, que el 10 % de los Odontólogos (2 profesionales) no haría la derivación del paciente.

Luego de analizar la encuesta realizada a los profesionales odontólogos, se evidencia la falta de conocimientos por parte de los mismos, en lo referente a la atención de personas con capacidades diferentes. Los temores, la no comprensión por parte del paciente, la difícil comunicación con el mismo, el no contar con personal auxiliar y otros conceptos, dan como resultado, la derivación casi permanente de este tipo de pacientes a centros con mayor capacidad técnica y tecnológica.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.2. CONCLUSIONES.

- 1) Durante la fase de investigación fue posible identificar los diferentes tipos de capacidades especiales que tienen los 181 niños que actualmente asisten al Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba en el periodo Septiembre del 2013 a Febrero 2014. Con discapacidad intelectual 80 individuos, representando el 44 %, motora con 55 individuos, representando el 31 %, Síndrome de Down con 31 individuos representando el 17 % y, Autismo con el 8 %, representado por 15 individuos.
- 2) Del análisis de las encuestas realizadas a los profesionales odontólogos se pudo determinar que el 90 %, realizaría la derivación del paciente a otra unidad de salud, porque el tipo de manejo odontológico para personas con capacidades especiales exige contar con una estructura acorde al paciente a ser atendido, personal auxiliar capacitado, el uso de anestesia general en muchos de los casos, la colaboración de los padres, etc.
- 3) Se pudo determinar a través de las encuestas realizadas a los padres y/o tutores sobre la atención odontológica que recibieron los niños con capacidades especiales cuando acuden en la consulta particular y publica obteniéndose los siguientes resultados:, excelente y oportuna en un 3,57 % (1 niño); el 42.86 % (12 niños) indica que la atención fue buena por las condiciones en que los niños fueron tratados en el consultorio; y el 53.57 % (15 niños) recibieron una mala atención ya que la misma no fue acorde a las necesidades del paciente.

- 4) Se comprobó que en el Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba no existe una Guía de Manejo Odontológico general y particular de las capacidades especiales que se encontraron en el Instituto. Por lo que es necesario crear una Guía de Atención Odontológica para niños con capacidades especiales.

5.3. RECOMENDACIONES.

- 1) Es importante que se continúe con campañas de concientización sobre la importancia de la salud oral a través de charlas a padres y/o tutores de los niños con capacidades especiales del Instituto Carlos Garbay.
- 2) Las facultades de odontología de las universidades del país deberían crear o introducir en su pensum de estudio una materia sobre la atención a niños con capacidades especiales, para que el futuro profesional Odontólogo se capacite en la atención especializada de estos pacientes y que adecue sus instalaciones para la correcta atención, diagnóstico y tratamiento de los mismos.
- 3) El Instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba debería gestionar ante las autoridades pertinentes la instalación, equipamiento de un consultorio odontológico acorde al tipo de pacientes que atiende en su consulta, así como la contratación de personal auxiliar capacitado en este tipo de pacientes y de esta manera brindar un servicio de calidad y calidez.
- 4) Se recomienda a las autoridades, docentes, odontólogo, padres de familia y tutores la difusión de la “Guía de Atención Odontológica Propuesta en esta investigación, para niños con capacidades especiales”.

CAPÍTULO VI

6. MARCO DE PROPUESTA.

6.1. ANTECEDENTES.

Luego de una exhaustiva búsqueda realizada en las diferentes bibliotecas, podemos afirmar que no existen trabajos investigativos sobre el tema, por lo que la presente investigación es de carácter original y pertinente; por tal motivo, se entrega la presente propuesta, acompañada de los antecedentes que justifican la misma.

6.1.1. Primer antecedente.

- Tema: Salud bucal en niños discapacitados.

- Autores: Yanetsy Caballero Hernández, Ketbia María Vega García, Yoelvis Avila Leyva, Dra. Marisol L. Pérez Ferrás, Dra. Ivonne Santiesteban Pérez, Dra. Caridad Aurora Lora Quesada.

- Lugar: Centro Médico Psicopedagógico “Modesto Fornaris Ochoa”. Forum Científico Estudiantil. Facultad de Ciencias Médicas. “Mariana Grajales Coello”. Holguín. Año: Marzo a Octubre de 2007.

6.1.1.1. Conclusiones.

El factor de riesgo más frecuente fue la dieta cariogénica. Las enfermedades bucales de mayor ocurrencia fueron las periodontopatías y la caries dental.

Se demostró la necesidad de proponer acciones de salud que desde la prevención el Médico General Integral y Estomatólogo General Integral puedan dar solución a las principales brechas encontradas en el Programa de Atención Estomatológica al paciente con capacidades especiales.

6.1.2. Segundo antecedente.

- Tema: Evaluación pre-anestésica de discapacitados severos susceptibles de tratamiento odontológico bajo anestesia general.
- Autores: Jacobo Limeres Posse, Emma Vázquez García, Juan Medina Henríquez, Inmaculada Tomás Carmona, Javier Fernández Feijoo, Pedro Díaz Dios.
- Lugar: Universidad de Santiago de Compostela. Año: 12-01-2003

6.1.2.1. Conclusiones.

La aplicación sistemática de criterios de selección para efectuar tratamientos odontológicos bajo AG a discapacitados severos, reduce el uso indiscriminado de esta técnica de control conductual, minimizando las complicaciones y la necesidad de reintervenciones.

6.1.3. Tercer antecedente.

- Tema: Patologías Bucodentales y Alteraciones Asociadas Prevalentes en una Población de Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil.
- Autor: Dra. Mariana C. Morales Chávez.
- Lugar: Cruz Roja en la ciudad de Valencia, España. Año: 07/05/2007.

6.1.3.1. Conclusiones.

La población de estudio de 30 pacientes con PCI consistió en 18 varones y 12 mujeres; presentando un rango de edades entre los 3 y los 12 años con una media de 6,5 años. De los 30 pacientes que representaba la muestra, 12 niños (40 %) tenía antecedentes de haber presentado algún cuadro convulsivo asociadas a la PCI y estaba recibiendo medicación anticonvulsivante. En el examen clínico se determinó que el 60 % de la muestra estudiada, presentó caries dental, El 30 % de los niños presentó alteraciones en el esmalte, de tipo hipoplasia, descalcificaciones y amelogénesis imperfecta. Al estudiar el factor correspondiente a la presencia de enfermedad periodontal, se observó que el 73 % de la muestra presenta alteraciones periodontales, acotándose además que el 33 % de ellos estaba recibiendo medicación anticonvulsivante.

El IMO medio obtenido fue de 1.5. El 60 % de los pacientes examinados presentó algún tipo de maloclusión, siendo la más prevalente la mordida abierta anterior (12 pacientes), siguiendo por orden de frecuencia se observaron dos pacientes con clase II de Angle, uno con mordida cruzada, uno con overjet aumentado y uno con Clase III de Angle. Referente al bruxismo, el 16.6 % de los pacientes lo padecía, así como el 20 % presentaba candidiasis al momento de realizar el examen clínico, lo cual fue confirmado con un cultivo para *Candida albicans*.

El 60 % de los niños presentaba babeo, 38,88 % mostraba un babeo leve, mientras que el restante 61,11% padecían una forma moderada o severa. Como último dato evaluado, se determinó que el 23,33 % de los pacientes mostraba lesiones intra y extra-bucles asociadas a autoagresiones, observadas durante el examen clínico y corroborado con la encuesta previa realizada a los padres y cuidadores de los niños. Se concluye comparando los resultados con los previamente descritos por la literatura y recomendando algunas acciones para contribuir a la mejora de la salud bucal de estos pacientes. La asistencia dental en pacientes discapacitados se tendrá que establecer a varios niveles, dependiendo del grado de patología bucodental y de colaboración prestada por el paciente.

6.1.4. Pasos de la propuesta.

Los niños pueden necesitar un cuidado bucal especial si tienen alguna de las siguientes condiciones: síndrome de Down, epilepsia o convulsiones, labio o paladar leporino, anomalías estructurales (en la cabeza, cara y/o boca), parálisis cerebral, discapacidades de aprendizaje o desarrollo, problemas de visión u oído, o infección VIH.

Las restricciones impuestas al paciente con capacidades especiales en tiempos anteriores fueron tales que se les negaban muchos de los elementos básicos de una forma normal de vida. Actualmente, en lo que respecta a la odontología existen profesionales interesados de manera individual, pero aún en el ámbito institucional dista mucho de lo deseado.

En Latinoamérica existe falta de recursos tanto económicos como humanos, aún en establecimientos de alta complejidad, con la de que la formación de profesionales odontológicos es deficiente para cubrir acciones preventivas y tratamiento en personas con discapacidad, en la mayoría de los casos. En un gran número de facultades de odontología no se tratan estos conceptos, así los alumnos egresan, por lo general, con escaso o ningún conocimiento para el abordaje o tratamiento de personas discapacitadas. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), las dos terceras partes de la población con capacidades especiales, no reciben atención bucodental alguna.

Se han planteado varias razones por las cuales ocurre:

- Algunos odontólogos se rehúsan a tratar a los pacientes con capacidades especiales en su consultorio.
- Los odontólogos no están equipados para manejar problemas especiales que el paciente impedido pueda presentar.

- Los programas de estudio de algunas facultades no incluyen el tratamiento al paciente impedido.
- Hay falta de información sobre las necesidades odontológicas del paciente.
- Los servicios odontológicos han sido omitidos de muchos programas de salud.
- Posible apatía de los padres y/o cuidador ante las necesidades odontológicas del paciente con capacidades especiales debido grandes a las necesidades educacionales, médicas, etc.
- Falta de conciencia de la prevención de parte de los padres y/o educador.
- Falta de coordinación entre médicos y odontólogos para proporcionar al paciente un estado de salud total.

6.1.5. Evaluación del Paciente con Capacidades Especiales.

El odontólogo que sea capaz de evaluar las necesidades y manejar clínicamente al paciente con capacidades especiales tendrá éxito en el tratamiento.

Son necesarios ciertos requisitos a cumplir por el profesional:

- Conocimiento de la situación incapacitante del paciente en cuanto a salud general, así como también bucal;
- Comprensión de las implicaciones de la citación incapacitante sobre el futuro estilo de vida y expectativas del paciente;
- Comprensión del pronóstico futuro de la dentición del niño evaluando la dieta, higiene e historial odontológico;

➤ Capacidad de evaluación de la necesidad del paciente de poseer una dentición funcional y estética.

El odontólogo no debe cometer el error de tener expectativas demasiado altas, que luego no sean alcanzables por el paciente, ni por el contrario, que éstas sean muy bajas, las necesidades y expectativas deben ser determinadas con exactitud, evaluando su capacidad para prestar atención.

6.1.6. Atención Odontológica.

Gran parte de los profesionales cree que la atención odontológica a pacientes con capacidades especiales requiere entrenamiento especial y equipo adicional. Además muchos odontólogos piensan que esos pacientes deben ser hospitalizados para recibir el tratamiento adecuado. Ciertamente un sector de esa población requerirá hospitalización, sin embargo, actualmente, la mayoría no puede ser tratada en consultorio privado por el odontólogo general.

Los odontólogos como profesionales deben considerar a las personas impedidas como individuos con problemas dentales, que tienen además una condición médica particular. Los factores importantes para el manejo de pacientes con capacidades especiales son comprensión, compasión y paciencia. El manejo eficaz de estas personas, implica más un cambio de actitud que de técnica. El odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades.

Debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal.

El odontólogo debe tener un conocimiento activo de la psicología y mucha experiencia práctica, las cuales permitan tratar las ansiedades del individuo normal en las consultas.

En la consulta de un paciente impedido, estas ansiedades suelen ser mayores. Debido a una incapacidad para comunicarse o a un impedimento físico, las reacciones del paciente con capacidades especiales ante la situación odontológica suelen ser distintas a las de un paciente normal. Si el odontólogo no está preparado para éstas reacciones, pueden aparecer sentimientos de tensión e incomodidad, pudiendo aumentar el estado de ansiedad del paciente y hasta provocar temores, lo que resulta un círculo vicioso.

Para disminuir la posibilidad de este cuadro, el profesional debe estar familiarizado con las características comunes del paciente y poseer información específica de cada paciente en particular. Las metas y objetivos del examen odontológico no son distintas a las que se tienen con un paciente normal. Hay que dedicar especial atención al logro de una minuciosa historia médica y odontológica.

La primera cita suele ser la más importante, al igual que con los pacientes normales, ya que preparará el campo para las citas futuras. Se debe disponer de tiempo suficiente como para hablar con los padres y el paciente antes de iniciar cualquier atención dental, así disminuir la ansiedad de ambos y establecer una buena comunicación con ellos. Esta demostración de sinceridad e interés resulta vital en el tratamiento. En la situación de consultorio corriente, la presencia del paciente en el sillón requiere de su consentimiento para ser tratado. Ni los menores ni los mentalmente impedidos están legalmente capacitados para dar consentimiento, por lo que requieren del consentimiento de padres o tutor.

Un consentimiento valedero es aquel que el paciente firmó con conocimiento, que el paciente tenía capacidad para consentir, y que el consentimiento fue para un tratamiento específico.

En el caso de los pacientes con capacidades especiales mentales, los formularios de consentimiento deben estar llenados y firmados por los padres o tutor.

Una consulta con el médico principal del paciente puede dar importante información acerca del impedimento del individuo y su capacidad para desenvolverse, así aumentar la información del paciente. Los procedimientos siguientes han sido efectivos para establecer la relación odontólogo-paciente y reducir la ansiedad de este respecto a la atención odontológica:

- Dar breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice con el diseño y mobiliario, así reducir el temor a lo desconocido.
- Hablar lentamente y con términos sencillos.
- Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el paciente.
- Dar solo una instrucción a la vez.
- Felicitar al paciente luego de haber finalizado exitosamente una acción.
- Escuchar cuidadosamente al paciente.
- Los individuos retardados suelen tener problemas de comunicación.
- Mantener sesiones cortas.
- Progresar gradualmente a procedimientos más difíciles, luego que el paciente se haya familiarizado con el ambiente odontológico.
- Citar a los pacientes con capacidades especiales a primeras horas del día, cuando tanto odontólogo como paciente se encuentran menos fatigados, tanto física como mentalmente.
- En caso de impedimento físico en que el paciente se encuentre en silla de ruedas es conveniente atenderlo en ella.

- Si es necesario trasladarlo al sillón odontológico, el odontólogo debe preguntar como prefiere que se lo traslade.
- El odontólogo debe hacer un esfuerzo para mantener la cabeza del paciente estabilizada durante todo el tratamiento.
- En algunos casos es necesario utilizar sujetadores para evitar los movimientos de sacudidas de las extremidades.
- El odontólogo debe evitar los movimientos bruscos, ruidos y luces sin advertir antes al paciente, así minimizar las reacciones reflejas por sorpresa.
- Se recomienda que durante la primera visita se realice una evaluación de la capacidad del paciente para cooperar, un examen bucal, historia clínica y recomendaciones de los padres.
- Se debe evaluar también el grado de cooperación de los padres y es muy importante tratar los planes para el tratamiento futuro.

A menudo es imposible cumplir con todas las expectativas en la primera visita, entonces es prioridad establecer una buena relación con el paciente y sus padres de una forma más positiva, cuando la consulta no es por urgencia. Si fuese una consulta por urgencia se debe dar prioridad a la solución del problema odontológico, pero con precauciones para no impedir una futura relación y comunicación en consultas posteriores.

6.1.7. Manejo Odontológico de niños con Autismo.

Los pacientes autistas son los más complicado a nivel de manejo de conducta ya que el principal objetivo para manejanos es establecer un adecuado canal de comunicación, y una de las características que definen su patología es que ese canal esta alterado. No entienden el mundo porque no lo comprenden.

Por lo tanto tenemos que ingeniárnoslas para hacernos entender empleando todos los canales que seamos capaces, y conseguir que confíen en nosotros, que colaboren y que no aparezcan las conductas de evasión, que en ellos suelen ser conductas auto agresivas. Emplearemos métodos de pedagogía visual, empleando las cosas más sencillas como son los objetos reales y las fotografías, con ello vamos a ir desglosando los procesos odontológicos en la cantidad de pasos que sean necesarios para que entienda todo lo que vamos a hacer, sepa cuanto va a durar, por eso también introducimos el factor tiempo contado lo que dura cada acción, y además anticipemos el siguiente paso.

Los procesos se repiten cuantas veces sean necesarias para que sepa cómo va a transcurrir y lo que va a pasar. También es bueno si se puede hacerle fotos a él mismo mientras realiza el acto, para que cuando vea las fotos se pueda identificar mejor, ya que el sujeto es el mismo.

Intentaremos crear un ambiente libre de ruidos y de distracciones, ya que a veces la capacidad de prestar atención es muy limitada y no necesitamos que haya otros elementos que centren su atención, por lo que el flujo de personas en el gabinete debe ser mínimo o nulo. Además siempre tiene que ser atendido por las mismas personas y en el mismo lugar, ya que cualquier cambio es percibido como una alteración en la rutina no programada, que genera inseguridad, ansiedad y favorece la aparición de esas conductas evasivas.

No se recomienda la premeditación vía oral con benzodiazepinas porque muchas veces genera efecto rebote.

Hay que estar muy pendientes de la cavidad oral ya que a veces pueden presentar problemas infecciosos o de caries activa que como no saben mostrar que es lo que sucede puede que le estén generando un cambio en su actitud habitual y no sepan identificar la causa, a veces una pulpitis puede hacer que el paciente se auto agrede, y ese sea el único síntoma que manifieste, sin ser capaz de indicar que el origen del dolor está en la boca.

Además establecer visitas rutinarias aumenta la confianza del paciente, y favorece nuestra intervención. Es mejor hacer siempre tratamientos preventivos poco complicados y agresivos, que esperar a tener que realizar tratamientos más complicados y complejos.

Respecto al tratamiento farmacológico hemos de intentar no dar antibióticos de manera rutinaria, porque destruyen la flora, por lo que lo ideal es combinar su administración con liolactil durante dos meses. Tener cuidado con el ibuprofeno y el acetaminofen, se prefiere dar diclofenaco sódico.

- Reforzar técnicas de higiene oral
- Detectar su agente desencadenante de crisis
- Brindar seguridad
- Suplementos de flúor
- Acercamiento por parte del odontólogo, establecer empatía
- Contacto gradual y lento con el ambiente odontológico sin realizar ningún procedimiento
- Familiarización con el manejo oral preventivo
- Instrucciones y entrenamiento a los padres para mejoramiento de la higiene oral
- Manejo sin anestesia local, cuando se requiera.
- Precauciones con ruidos y olores fuertes
- El equipo debe estar preparado para movimientos poco usuales como respuesta a estos estímulos
- Se recomienda el uso de música suave de fondo durante los procedimientos

- No realizar cambios en el ambiente o del equipo, pues les agrada la monotonía y la continuidad
- Reacción rebelde ante mínimos cambios en el ambiente
- Evitar los movimientos en las partes laterales donde se encuentre el paciente, para evitar distracción.
- Decir, mostrar y hacer inmediatamente el tratamiento.
- Frases inmediatas después del procedimiento
- Las órdenes deben ser claras, cortas y simples
- Premiar al final de la sesión odontológica

6.1.8. Manejo Odontológico de niños con Retraso Mental.

Hay una gran variación entre los niveles de retraso mental. El manejo del paciente suele estar determinado por el nivel de función cognitiva.

- Se requiere atención personalizada. Es importante evaluar el contexto cultural y lingüístico, del paciente. Esto combinado con el nivel de factores de comunicación, sensoriales, motrices y de comportamiento del niño.
- Un estricto plan de odontología preventiva debe ser formulado para el paciente junto con el padre, cuidador o tutor.
- El niño podría estar en necesidad de restricciones físicas, anestesia general y sedación oral o IV, dependiendo del nivel de retraso mental que el niño manifiesta.
- Precauciones con ruidos y olores fuertes.
- Se recomienda el uso de música suave de fondo durante los procedimientos.

- Evitar los movimientos en las partes laterales donde se encuentre el paciente, para evitar distracción.
- Decir, mostrar y hacer inmediatamente el tratamiento. Premiar al final de la sesión odontológica

6.1.9. Manejo Odontológico de niños con Parálisis Cerebral.

Son los pacientes que más difícil es tratar con ellos en la clínica, independientemente del retraso cognitivo presentan a nivel físico muchas complicaciones, grandes mal oclusiones que pueden limitar nuestro campo de actuación, alteraciones respiratorias, alteraciones posturales y deglutorias.

➤ Postura: será difícil tratarlos en el sillón, dependiendo de sus deformidades llevan las sillas o carros adaptados, pero siempre que podamos los intentaremos acomodar en nuestro sillón, trabajaremos mejor. Debido a la tendencia a estirar la cabeza y llevar mentón hacia arriba todo lo que vayamos a introducir en boca lo sacaran con la lengua, recomendación:

- Colocarle la cabeza en la postura adecuada, 40° respecto al tronco. Pasar o enseñarle los instrumentos por debajo y delante, si lo hacemos por arriba, volverá a estirar la cabeza.

➤ Respiración: Son respiradores orales u nosotros vamos a ocupar ese espacio con nuestro instrumental y manos, trabajar con dique de goma dejando un respiradero, y descansando para no aumentar su ansiedad.

➤ Deglución: Hay un predominio de la musculatura extensora, la cabeza se adelanta y se protruye la lengua, además no existe un cierre perfecto del orificio traqueal al deglutir, por lo que cuando los manipulamos es fácil que les aparezca la tos, también hay dificultades para impermeabilizar el sistema de obturación de la laringe, ante mucho agua se atragantan.

- Además no hay control en el descenso de los alimento a través de la faringe, mucho peligro en que se traguen cosas, usar dique.
- Cuando se contraigan los músculos elevadores se cerrará la boca de forma que es imposible abrir, por lo tanto usaremos abre bocas.
- Si la queremos abrir hay que relajar los maseteros con el dedo presionamos sobre el borde anterior del mismo.
- Para evitar la profusión lingual presionamos con el dedo por detrás de la mandíbula en el suelo de boca, hacia arriba y hacia delante.
- Emplearemos la amalgama, menos posibilidad de filtraciones.
- Se realizaran todos aquellos tratamientos que el paciente acepte, tanto él como sus condiciones físicas y sistémicas nos dejen.
 - Instauración de un tratamiento preventivo y control de dieta.
 - Instauración de programas de reeducación miofuncional, junto con la colaboración logopedas.

6.1.10. Manejo Odontológico de niños con Síndrome de Down.

El manejo de conducta según el retraso mental que presenta y con las técnicas habituales.

- Prescripción de profilaxis antibiótica en el caso indicado.
- Control del cuello si se hace restricción física
- Pautas de higiene muy estrictas debido a la aparición y evolución precoz del problema periodontal.

- Férulas para bruxismo.
- Aparatología ortopédica- ortodoncia para el tratamiento de la maloclusión.

6.1.11. Prevención en capacidades diferentes.

La prevención es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta para asegurar una buena salud bucal de cualquier paciente.

Un programa preventivo eficaz es de gran importancia para una persona discapacitada, y aún más para un niño con este impedimento, debido a factores sociales, económicos, físicos y médicos, que hacen difícil una buena atención odontológica.

El odontólogo debe percibir la problemática del individuo en particular y formular un plan individual, así como transmitir a los padres y al paciente como debe llevar a cabo tal programa. La mayoría de los pacientes incapacitados requerirán de la supervisión de los padres o sustitutos.

Existen tres componentes esenciales en un programa preventivo:

- I. Reclutamiento. Parte del programa que alerta al padre o al supervisor institucional acerca de las necesidades cotidianas en higiene bucal del paciente con capacidades especiales.
- II. Educación. El programa educacional debe hacer hincapié en los puntos sobresalientes de la salud bucal y su mantenimiento que posibiliten al encargado el realizar las técnicas de fisioterapia bucal particular en el hogar.
- III. Seguimiento. Se incluye este punto para vigilar el estado de salud dental del paciente y su calidad fisioterapéutica hogareña diaria.

6.1.12. Últimas consideraciones.

En los casos en que el paciente puede comprender la importancia de los procedimientos de higiene bucal, la naturaleza de la situación incapacitante determinará si será capaz de utilizar un cepillo dental por sus propios medios o no. Se han modificado algunos cepillos dentales para facilitar el manejo de los mismos por los pacientes con capacidades especiales.

La técnica de cepillado para pacientes con capacidades especiales debe ser eficaz pero sencilla, y la más recomendada frecuentemente es el método horizontal. La dieta es esencial en el programa preventivo, y debe ser evaluada repasando un estudio de ella con los padres, entendiendo que cada caso en particular necesitará una dieta con características independientes para cada paciente (por ejemplo, un paciente con dificultades para tragar, como ocurre en parálisis cerebral grave, necesitará una dieta blanda, tipo puré o papilla).

Hay que tener en cuenta y así modificar la situación en que muchos padres dan a sus hijos alimentos como golosinas y dulces muy frecuentemente, para evitar posibles disconformidades y ataques de los niños con capacidades especiales. Las terapias con fluoruros se pueden implementar al igual que con pacientes normales, así también técnicas de prevención como sellado de fosas y fisuras, el cual es muy útil y conveniente.

Es conveniente y necesario, hacer extensivo a todos los odontólogos de los servicios la información /educación que conciencie con relación a la discapacidad, y las posibilidades de realización en todas las esferas de la vida, de este grupo humano; sí el estímulo y el apoyo familiar, profesional y social se manifiesta en el momento oportuno.

Hay posibilidades reales de iniciar con los profesionales de la Odontología, programas para eliminar creencias inconsistentes, proporcionándoles información que apoye su elección de un cambio de conducta hacia el paciente con capacidades especiales.

En el pregrado de todas las Facultades de Odontología se deberá incluir como área de estudio la asistencia odontológica al paciente con capacidades especiales. Así se estará modelando la conciencia del futuro profesional para el tratamiento odontológico de este paciente en los servicios públicos, semi-privados y privados. El odontólogo debe proporcionar la asistencia primaria que requiera el paciente y derivarlo al especialista u otros profesionales cuando la situación realmente lo amerite. Nuevamente se debe ratificar la necesidad de concienciar al profesional de la Odontología para que asuma su responsabilidad por la salud odontológica de este amplio conglomerado humano.

La ausencia de participación de los odontólogos en actividades que promuevan más y mejor salud bucal para estos pacientes, permite identificar discriminación y carencia de interés por mejorar su salud. En este aspecto las organizaciones docentes y gremiales deberán fomentar la enseñanza de la Odontología para personas discapacitadas y organizar campañas dirigidas a toda la población en las que la Odontología participe y reconozca su responsabilidad en el problema.

Se deberá insistir en la formación de pre y post grado, en la amplitud de tratamientos odontológicos que pueden ser realizados a los pacientes con capacidades especiales bajo anestesia general o no y formar jóvenes con vocación de servicio para este grupo humano. Sin establecer discriminaciones, se debería establecer horarios específicos para la atención del niño y adolescente con capacidades especiales o fomentar la creación de centros de salud exclusivamente para los niños con capacidades especiales, sin que esto signifique segregarlos del resto de la sociedad. Esto implicaría una atención más especializada y dirigida única y exclusivamente a ellos.

Es necesario un cambio de actitud en la capacidad especial y el tratamiento odontológico del paciente con capacidades especiales. Este proceso de cambio debe gestarse desde la sociedad misma a través de políticas de Estado que establezcan como prioridad la asistencia en salud, incluyendo la salud odontológica de los pacientes con capacidades especiales.

De no surgir estos programas como iniciativas de políticas de Estado, las instituciones formadoras de recursos humanos en salud y las instituciones gremiales que agrupan a los profesionales de la salud deberán actuar en consecuencia e instituir las decisiones que surjan de organismos y asociaciones internacionales no gubernamentales, sin fines de lucro, de apoyo al paciente con capacidades especiales.

BIBLIOGRAFÍA.

- ARTHUR H. FRIEDLANDER Y COL. (2007) Fisiología, manejo médico e implicaciones dentales del trastorno de déficit de atención/hiperactividad. Ed. JADA, vol. 2 N° 4.
- BAILE J., RAICH R. MARÍA, GARRIDO E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología* 19 (2).
- BORDA M. ET AL. (2009). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes: eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento a un año. *Revista de Psicología conductual* 2009 17 (3): pp. 499-521.
- GARCÍA J., MARTÍNEZ V., MINUÉS M., TORRES P. (2004) *Odontología en pacientes discapacitados*. Barcelona, España.
- GROSSMAN, SETH & MILLON, CARRIE & MEAGHER, SARAH & RAMNATH, ROWENA (2006) *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2da. ed. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier.
- J. LARBÁN VERA (2008) *Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos*.
- LÓPEZ-IBOR ALIÑO, JUAN J. & VALDÉS MIYAR, MANUEL (DIR.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson.
- MILLON, THEODORE & DAVIS, ROGER D. (2004) *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Editorial Masson.
- SILVESTRE F., PLAZA A. (2007) *Odontología en pacientes especiales*. Valencia. Editorial Universitat de Valencia. España.
- ZERÓN AGUSTÍN. (2011) "Visión profesional de las competencias en la Odontología del Siglo XXI". *Revista de la Asociación Dental Mexicana Rev. ADM*, 68 (2) 60-66.

ANEXOS.

FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.







CERTIFICADO DE LA INSTITUCIÓN.



**UNIDAD EDUCATIVA ESPECIALIZADA
"CARLOS GARBAY"**

EDUCACIÓN ESPECIAL Y REHABILITACIÓN

EMILIO ESTRADA Y JAIME ROLDOS - TELÉFONO 03 2366868 TELEFAX 03 2366767
RIOBAMBA - ECUADOR

CERTIFICACION

María Elena Tamayo, Secretaria de la Unidad Educativa Especializada "Carlos Garbay M" de Riobamba

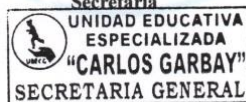
CERTIFICA: Que la señora **MÓNICA MARIBEL ALBÁN SORIA**, con cédula de ciudadanía Nro. 1802459485, estudiante de la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, participó en una conferencia dirigida a los señores padres de familia de la institución, sobre técnicas de cepillado, salud bucal y conocimientos básicos de la cavidad oral.

La actividad se desarrolló el martes 15 de abril, 2014, con una duración de dos horas. La mencionada estudiante, demostró capacidad y dominio del tema.

Y para que conste a petición de parte interesada emite.- Riobamba, veinte nueve de abril de dos mil catorce.

María Elena Tamayo R.
Mgr. María Elena Tamayo R.

Secretaria



Correo: institutocarlosgarbay@yahoo.es



**ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL BÁSICA FISCAL
"CARLOS GARBAY MONTESDEOCA."**
EDUCACIÓN ESPECIAL Y REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN: BARRIO 11 DE NOVIEMBRE, VÍCTOR EMILIO ESTRADA S/N
Y JAIME ROLDÓS AGUILERA
TELÉFONOS: 2366868 – 2366767

Ofic. 002-R-ECG-2013
Riobamba, 20 de agosto de 2013

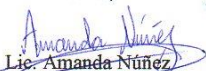
Señoras
Mónica Maribel Albán Soria
Betzy Jakeline Maza Merchán Máster
Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba

De mi consideración:

En atención a la solicitud efectuada por ustedes para la realización del Proyecto: "Guía para manejo odontológico de niños con capacidades especiales de la Escuela de Educación Especial Básica Fiscal "Carlos Garbay M", me permito indicar que dicho pedido es aceptado, considerando que es un recurso útil para la atención y mejoramiento de la calidad de vida de nuestros estudiantes.

Agradeceré que a la terminación del referido proyecto, sea entregado en la institución un ejemplar del mismo, así como mantener la comunicación y cumplir los lineamientos institucionales, que permitan alcanzar la meta propuesta.

Atentamente,


Lic. Amanda Nuñez
Rectora (encargada)



Realizado por: María Elena Tamayo

Correo: institutocarlosgarbay@yahoo.es

ENCUESTA A LOS PROFESIONALES ODONTÓLOGOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



CARRERA DE ODONTOLOGIA

ENTREVISTA REALIZADA A PROFESIONALES ODONTOLOGOS.

Estimado Doctor:

La Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Se encuentra realizando una importante investigación respecto a la atención y salud odontológica de niños con Capacidades Especiales. Por tal razón, nos dirigimos a usted solicitando su colaboración valiosa al responder esta Encuesta con la mayor objetividad y sinceridad posibles. Le agradecemos su apoyo y su tiempo.

1.- Posee usted instalaciones adecuadas para la atención de niños con capacidades especiales.

SI

NO

2.- Cuenta usted con personal Auxiliar Capacitado para la Atención de niños con capacidades Especiales.

SI

NO

3.- Atenido Usted Experiencia en Atención a Niños con Capacidades Especiales.

SI

NO.

4.- Que tiempo cree Usted que se necesita para Atender a Pacientes Especiales.

Una Hora

Dos Horas.

Más de tres Horas.

5.- Cree Usted que hay imposibilidad de comunicación Verbal con el Paciente especial.

SI.

NO.

6.- Tiene Usted preocupación a las Reacciones Reflejas de estos Pacientes.

SI tiene Preocupación.

NO tiene Preocupación.

7.- Utilizaría Usted Anestesia General con estos Pacientes Especiales.

SI Utilizaría.

NO Utilizaría.

8.- Cree Usted que es importante la Colaboración de los Padres o Tutores para poder realizar los tratamientos Odontológicos en niños con Capacidades Especiales.

SI.

NO.

9.- Está de acuerdo en que se debe hacer un consentimiento por escrito para los padres dando su aprobación para realizar el tratamiento Odontológica apropiado.

SI.

NO.

10.- Deriva a Niños con Capacidades Especiales a un Centro Especializado para su Atención Odontológica ¿.

SI Deriva.

NO Deriva.

TRÍPTICO DE LA INVESTIGACIÓN ENTREGADO A PADRES, DOCENTES Y TRIBUNAL EVALUADOR.



PARÁLISIS CEREBRAL

¿Qué es?
Es un trastorno no progresivo, resultado del mal funcionamiento del centro motor del cerebro, caracterizado por debilidad, falta de coordinación y otras anomalías de la función motora.

Manifestaciones Orales.

- Enfermedad periodontal
- Caries
- Aumento de la erosión
- Bruxismo
- Maloclusión
- Aumento del reflejo nauseoso
- Mordida hiperactiva
- Salivación excesiva

Guía Odontológica.
Será difícil tratarlos en el sillón, colocar la cabeza en postura adecuada 40° respecto al tronco. Para evitar la profusión lingual presionamos con el dedo por detrás de la mandíbula en el suelo de boca, hacia arriba y hacia delante. Emplearemos dique de goma y amalgama.

SÍNDROME DE DOWN

¿Qué es?
Es el resultado de mutaciones cromosómicas que se manifiestan como un complejo de anomalías del desarrollo que afecta a todo el cuerpo.

Manifestaciones Orales.

- Taurodontismo
- Hipoplasia adamantina
- Hipodoncia
- Agenesia de tercer molar, incisivo lateral y segundo premolar
- Retraso en la erupción dentaria
- Maloclusión y caries

Guía Odontológica.
Prescripción de profilaxis antibiótica en el caso indicado. Hablar lentamente y con términos sencillos. Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el paciente. Dar solo una instrucción a la vez. Control del cuello si se hace restricción física. Férulas para bruxismo. Aparatología ortopédica-ortodoncia para el tratamiento de la maloclusión.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLÓGIA

LOS NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES REQUIEREN DE UNA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ESPECIAL.

¡NO LO OLVIDE!

MANEJO ODONTOLÓGICO GENERAL DE NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES

- Dar breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice con el diseño y mobiliario, así reducir el temor a lo desconocido.
- Hablar lentamente y con términos sencillos.
- Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el paciente.
- Dar solo una instrucción a la vez.
- Escuchar cuidadosamente al paciente.
- Los individuos retardados suelen tener problemas de comunicación.
- Mantener sesiones cortas.
- Progresar gradualmente a procedimientos más difíciles.
- Citar a los niños con capacidades especiales a primeras horas del día, cuando tanto odontólogo como paciente se encuentran menos fatigados, tanto física como mentalmente.
- En caso de impedimento físico en que el paciente se encuentre en silla de ruedas es conveniente atenderlo en ella.
- Felicitar al paciente luego de haber finalizado exitosamente una acción.

AUTISMO

¿Qué es?

También llamado Síndrome de Kanner, psicosis infantil o esquizofrenia de la niñez: Incluye retraso mental, escasa capacidad para el lenguaje y fragilidad emocional.

Manifestaciones Orales.

- Caries
- Enfermedades Periodontales
- Maloclusión
- Bruxismo
- Alteraciones de tejidos blandos

Guía Odontológica.

El equipo debe estar preparado para movimientos poco usuales como respuesta a los tratamientos a realizar. Se recomienda el uso de música suave de fondo durante los procedimientos. No realizar cambios en el ambiente o el equipo, pues les agrada la monotonía y la continuidad. Reacción rebelde ante mínimos cambios en el ambiente. Decir, mostrar y hacer inmediatamente el tratamiento.

RETRASO MENTAL

¿Qué es?

Se aplica a aquellas personas cuya capacidad intelectual general está significativamente por debajo de la media y cuya adaptación al ambiente es limitada.

Manifestaciones Orales.

- Enfermedad periodontal
- Maloclusión
- Erupción anormal
- Anomalías de la morfología dental
- Macroglusia
- Bruxismo
- Paladar Profundo
- Salivación excesiva

Guía Odontológica.

Hay una gran variación entre los niveles de retraso mental, el niño podría necesitar restricciones físicas, anestesia general y sedación oral o IV. Contacto gradual y lento con el ambiente odontológico sin realizar ningún procedimiento. Se requiere atención personalizada. Evitar los movimientos en las partes laterales donde se encuentre el niño, para evitar distracción.

ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES DE FAMILIA.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES DE LOS NIÑOS DEL INSTITUTO CARLOS GARBAY DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA.

Estimado padre de familia y/o representante:

La Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), se encuentra realizando una importante investigación respecto a la atención y salud odontológica de niños con Capacidades Especiales. Por tal razón, nos dirigimos a usted solicitando su colaboración valiosa al responder esta Encuesta con la mayor objetividad y sinceridad posibles. Le agradecemos su apoyo y su tiempo.

1.- Género.

Femenino ___ Masculino ___

2.- ¿Tiene usted conocimiento de la salud bucal de su niño?

SI ___

NO ___

3.- ¿A acudido usted con el niño(a) al odontólogo en el último año?

SI ___ Cuantas veces _____

NO ___

4.- ¿Qué síntomas manifiesta el niño cuando tiene molestias dentales?

Llora ___ Inquieto ___ No habla ___

No come ___ Otras ___ Ninguna ___

5.- El niño colabora en el tratamiento odontológico.

SI ___

NO ___

6.- ¿A qué le teme el niño cuando asiste a la consulta con el odontólogo?

Mandil ___

Doctor ___

Sonido de la turbina ___

Equipo dental ___

Aguja ___

Lámpara ___

Instrumental de diagnóstico ___

7.- Según los siguientes criterios, cómo considera usted que fue el tratamiento odontológico que recibió el niño por parte del odontólogo.

Excelente ___

Buena ___

Mala ___

8.- Según los siguientes criterios, cómo considera usted que fue el trato que recibió el niño por parte del odontólogo.

Muy satisfactoria ___

Satisfactoria ___

Poco satisfactoria ___

Nada satisfactoria ___

9.- ¿Cómo se realiza la higiene bucal su niño?

Ayudándole ___

Enseñándole ___

Solo ___

MUCHAS GRACIAS POR SU SINCERIDAD Y SU TIEMPO.

Mónica Albán Soria

