

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL
INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL EN PACIENTES
NIÑOS CON RETARDO MENTAL**

Br. Briceño, Karelys C.I: 14.033.546

Br. Colmenarez, Marie C.I: 14.303.451

Valencia, Julio de 2001

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	5
CAPÍTULOS	
I. Atención Odontológica que reciben los Niños con Retardo Mental.	7
• Medios de Restricción Física	11
II. Consecuencias de una Atención Odontológica inadecuada en niños con Retardo Mental.	18
III. Técnicas Psicoeducativas para la Introducción del Niño con Retardo Mental a la Consulta Odontológica y Técnicas de Atención para evitar la Morbilidad Dentaria.	21
• Técnica Psicoeducativa	24
• Técnica Psicoeducativa para el Acto Clínico Odontológico	29
• Técnicas de Atención Odontológica	31
IV. Señalar la importancia de la Aplicación de Técnicas Preventivas, Curativas y de Rehabilitación en Niños con Retardo Mental.	38
CONCLUSIÓN	44
BIBLIOGRAFÍA	46

DEDICATORIA

A Dios, que nos guió por el camino del bien en todos momentos, nos dio fe y perseverancia para la realización de este trabajo y las fuerzas necesarias para vencer todos los obstáculos.

A nuestros padres y hermanos, quienes nos dieron los mejores consejos en los momentos que fueron necesarios, además de apoyo moral y mucha fortaleza para lograr nuestras metas.

A nuestras compañeras de estudio, futuras colegas y amigos, quienes creyeron en nosotras y nos brindaron apoyo, confianza y optimismo para la culminación de este trabajo.

A todas las personas a quienes les pueda interesar todo lo que aquí está escrito y más aún aquellas que son llamadas por la conciencia.

AGRADECIMIENTOS

A los Ángeles de la virtud, sobre todo el de la confianza, que nos brindaron fuerzas para creer en nuestro proyecto y voluntad para darle vida.

A la Universidad de Carabobo, especialmente a su Facultad de Odontología por abrirnos las puertas de la sabiduría para formarnos como profesionales.

A todos aquellos profesores que de una forma u otra nos extendieron sus manos y nos ofrecieron sus conocimientos, enseñándonos día a día el saber de hoy.

A Geraldine Cárdenas, Verónica Cabañas y Enrique Vivas por ofrecernos sin condición su valiosa ayuda.

Y especialmente al Lic. Carlos Sierra, tutor de la Cátedra, por estar siempre dispuesto a asesorarnos, ayudarnos, aconsejarnos, apoyarnos y sobre todo a corregir en nosotros errores que hoy en día nos permitieron cumplir una de tantas metas, la culminación de este trabajo.

Gracias a Todos

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL
INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL EN PACIENTES
NIÑOS CON RETARDO MENTAL**

**Br. Briceño, Karelys
Br. Colmenarez, Marie
Año: 2001**

Resumen

Esta investigación de tipo bibliográfica tiene como objetivo principal “Describir la Atención Odontológica Integral en pacientes Niños con Retardo Mental”. El Retardo Mental se refiere al funcionamiento intelectual menor que el normal, coexistiendo con deficiencia en el comportamiento adaptativo. El niño retardado se encuentra en una situación de marginalidad en cuanto a su atención odontológica, ya que, carecen de los beneficios del tratamiento, debido a que los Odontólogos no cuentan con la preparación y técnicas adecuadas para hacerlo, por esto ellos sienten miedo y repulsión ante este tipo de pacientes, buscando así una solución fácil y rápida, dirigido a erradicar el dolor de las unidades dentarias, mediante la extracción dentaria utilizando medios de restricción física acompañados de premedicación, tratamiento este traumatizante, doloroso y mutilador. Esta desasistencia en el tratamiento trae consigo la instalación y progreso de enfermedades bucales graves, produciendo una pérdida innecesaria de unidades dentarias toda esta situación crea tanto en el paciente como en sus padres o representantes temor hacia un tratamiento odontológico. Por esto se recomienda la utilización de técnicas psicoeducativas y técnicas de atención odontológica permitiendo al paciente actuar como miembro activo y protagonista en el proceso de atención. La aplicación de estas técnicas permite la disminución del índice de morbi-mortalidad dentaria. Se ha llegado a la conclusión que el Odontólogo siguiendo un patrón de Atención Odontológica Integral basado en dichas técnicas podría erradicar el descuido y falta de atención de estos niños, mejorar tanto la salud bucal como general y prevenir el surgimiento de otros trastornos, además de mejorar la calidad de vida de estos individuos que aparte de su problema de retardo mental son tan humanos como cualquier otro.

INTRODUCCIÓN

El retardo mental se refiere al funcionamiento intelectual general significativamente menor que el promedio, coexistiendo con deficiencia en el comportamiento adaptativo, manifestadas durante el período de desarrollo.

Buena parte de la confusión y de la falsa interpretación alrededor del término inteligencia se ha extendido al estudio del retraso mental. El resultado ha sido que la etiqueta de retraso mental con frecuencia se entiende mal, no solamente entre el público en general sino con frecuencia hasta entre los profesionales. De manera semejante muchas personas conciben a la persona retrasada como incapaz de aprender absolutamente nada.

El retraso mental representa un menoscabo de la inteligencia desde el comienzo de la vida y desarrollo mental insuficiente a lo largo de todo el período de crecimiento que se manifiesta por una maduración lenta e incompleta, disminución de la aptitud para aprender y mala adaptación social.

Esta enfermedad constituye uno de los trastornos que más impedimentos producen, generalmente los retrasados presentan defectos de los sentidos, trastornos del habla, deficiencias neuromusculares,

anormalidades físicas y son más vulnerables desde el punto de vista emocional.

Los niños retrasados mentales no sufren problemas dentales característicos, sin embargo, por su mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos sufren índices de caries y enfermedades periodontales más elevadas que los niños normales, pues es por esto que la asistencia de estos niños requiere la consideración de las características sociales, intelectuales y emocionales de las mismas, puesto que suelen presentar escasa capacidad de atención, inquietud, hiperactividad y actitud emocional errática.

Con la preparación adecuada, que es lo que se estudia durante esta investigación, el odontólogo y el personal auxiliar puede llevar a cabo un servicio integral muy variado, eficiente y eficaz; dicho profesional no tendrá problemas para llevar a cabo la asistencia dental necesaria, si conoce el grado de retardo mental, las capacidades tanto de él como las del paciente y si ejercita la paciencia, conocimientos y la comprensión necesaria.

El trabajo está conformado por 4 capítulos. En el primer capítulo se hace referencia acerca del tipo de Atención Odontológica que actualmente reciben los niños con retardo mental y se explica de manera precisa los diferentes medios de restricción físico utilizados en dichos tratamientos. En el capítulo II se analizan las consecuencias que trae una

Atención Odontológica inadecuada en los niños con retardo mental. En el capítulo III se explican las Técnicas Psicoeducativas que son utilizadas para la introducción del niño con retardo mental a la consulta odontológica, se hace referencia acerca de la clasificación de los retrasados mentales según los educadores para fines educativos, dicha clasificación es de suma importancia para el profesional al momento de realizar un tratamiento odontológico en estos niños, además se explican las técnicas de atención para evitar la morbilidad dentaria. En el Capítulo IV se analiza la importancia que tiene la aplicación de técnicas preventivas, curativas y de rehabilitación en niños con retardo mental y se hace un llamado de conciencia a los odontólogos generales y especialistas encargados de llevar a cabo el tratamiento odontológico en estos niños.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Describir la Atención Odontológica Integral en pacientes niños con retardo mental.

Objetivos Específicos

1. Describir el tipo de Atención Odontológica que reciben los niños con retardo mental.
2. Determinar las consecuencias de una Atención Odontológica inadecuada en los niños con retardo mental.
3. Describir las Técnicas Psicoeducativas para la introducción del niño con retardo mental a la consulta odontológica y Técnicas de Atención para evitar la morbilidad dentaria.
4. Señalar la importancia de la aplicación de Técnicas Preventivas, Curativas y de Rehabilitación en niños con retardo mental.

JUSTIFICACIÓN

La problemática que presenta la Atención Odontológica Integral en pacientes niños con retardo mental es la razón más importante para la realización de esta investigación, debido a que los odontólogos frente a un niño de conducta diferente al patrón tipificado como normal se sienten incapacitados, les da miedo atenderlos o les desagrada la idea de hacerlo, pues tienen una carencia tanto de técnicas adecuadas como de conocimientos en el abordaje de este tipo de pacientes.

Por otra parte, los padres de un niño impedido frecuentemente no dan importancia a los problemas dentales de su hijo debido a los trastornos médicos, sociales y familiares que conlleva este tipo de niño.

Tal es el caso del retardo mental que el odontólogo no posee la preparación o formación adecuada para atender a esta población y por lo tanto, lo rechaza, lo atiende de una vez “por la situación de emergencia”, o lo remite al especialista que por otro lado, en caso de atenderlo, lo somete a procesos de sedación o lo lleva a la anestesia general, no dándole la oportunidad de actuar como miembro activo y protagonista en el proceso de atención.

Llevar a acabo el objetivo planteado es además importante porque es necesario cambiar la vía de solución escogida en el tratamiento de estos pacientes como son las exodoncias o extracciones dentarias, adoptados por el menor tiempo y esfuerzo en el tratamiento.

Es necesario emplear en este tipo de pacientes un tratamiento preventivo y curativo como parte de su cuidado general, y pasarlo por alto significa en muchos casos un riesgo para la salud y hasta la vida del paciente.

La formación inadecuada del odontólogo para hacerle frente al paciente con retardo mental de nuestro medio, la no-aplicación y el uso inadecuado de técnicas preventivas por el núcleo familiar y escolar, aunado a las condiciones socio-económicas desfavorables y las limitaciones de educación de los padres para el desarrollo integral de estos niños, suman nuestros esfuerzos para investigar y hacer que disminuya el alto grado de morbi-mortalidad dentaria en pacientes con retardo mental.

La preocupación al realizar el presente trabajo es buscar técnicas adecuadas que permitan el abordaje de este tipo de pacientes para solucionar sus problemas buco-dentales y que se puedan poner al alcance del odontólogo general y especializado para así brindar una Atención Odontológica Integral.

Su utilidad radica en preparar adecuadamente el recurso humano tanto de los profesionales como de los estudiantes de odontología necesario para la correcta solución de los problemas buco dentarios del niño que presenta este problema de retardo mental, beneficiando de esta forma al paciente, a los familiares y a la comunidad en general.

CAPITULO I

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA QUE RECIBEN LOS NIÑOS CON RETARDO MENTAL

"Retraso mental es un término que se le aplica a las personas cuyo desarrollo intelectual es significativamente menor que el de las normales, y cuya capacidad de adaptación al entorno está en consecuencia limitada". (McDonald, 1.998, p. 578).

El pensamiento del niño retardado se encuentra privado en el sentido de manejar imágenes en abstracto. Es decir se ve privado en su capacidad de trabajar en el campo de las operaciones formales. Por esta razón se encuentra en situación de marginalidad en cuanto a su integración en el grupo familiar, su adaptación al ambiente escolar y a la comunidad misma; mas grave aún es su problema de atención de salud. (McDonald,1998).

"Los pacientes con problemas especiales carecen en la mayoría de los casos, de los beneficios del tratamiento" (Bermúdez, 1.982, p.281), debido a que los Odontólogos frente a un niño de conducta diferente al patrón tipificado como normal no les agrada atenderlos, se sienten incómodos o no están capacitados para hacerlo, ya que, no tienen la experiencia o preparación para tratarlos porque existe una carencia de técnicas adecuadas en el tratamiento del niño con retardo mental que

permite el abordaje de este tipo de pacientes y que se puedan poner al alcance del Odontólogo general y especializado para dar una Atención Odontológica Integral; además los padres de un niño impedido, frecuentemente no dan importancia a los problemas de su hijo, debido a los trastornos médicos, sociales y familiares que conlleva este tipo de niños. (Bermúdez, 1,982).

Por otra parte, la ansiedad que suelen presentar los padres de los niños incapacitados con algún tipo de problema adicional hace que con frecuencia se retrase la aplicación de la asistencia odontológica hasta que ya se ha desarrollado alguna enfermedad oral importante. (McDonald, 1.998, p.565).

Es decir, estos niños muchas veces no gozan de los beneficios del tratamiento dental debido al miedo que tienen los padres a lo desconocido, a no saber que tratamiento le van a aplicar y cómo será dicho tratamiento, que le pueda agravar o exacerbar un problema adicional, y de esta forma por la falta de tratamiento estos niños llegan a desarrollar enfermedades destructivas graves.

Actualmente se tiene una gran masa de individuos que además de ser portadores de retardo mental, afección esta que por falta de educación de la población les cambia (al individuo afecto) su figura social de niño adolescente para convertirlo en un ser que atemoriza, y que es confundido como esquizofrénicos, hasta en algunos extremos causa repulsión. Estos niños son a su vez portadores de graves problemas

bucales, cuya necesidad de atención debería sumar esfuerzos, pero lamentablemente la realidad es otra, ya que la atención que recibe es marginal con relación a la atención de la generalidad de la población (Bermúdez,1.982).

Entre las manifestaciones bucales que presentan los niños con retraso mental se tienen: lengua escrotada, macroglosia, protrusión, mordida abierta, anormalidades palatinas, microdoncia, patrones de erupción aberrantes, dientes conoides, hipoplasia del esmalte, anodoncia, etc. Además por su mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos, sufren de índices de caries mas elevados que los normales. (McDonald,1.998).

Una alta incidencia de enfermedad periodontal rápidamente destructiva, que puede estar en relación con factores locales como la morfología dental, bruxismo, maloclusión y además factores sistémicos, también parecen contribuir a la enfermedad periodontal, como la mala circulación, la menor respuesta humoral, el deterioro físico general a edades tempranas y las influencias genéticas. (McDonald, 1.998, p.582).

Es decir, que los factores sistémicos y locales que no son debidamente controlados han aumentado la cantidad de enfermedades periodontales, que progresan rápidamente hasta destruir completamente los tejidos.

En un intento de hacer un análisis de la situación venezolana, que de una u otra manera se relaciona con el problema objeto de esta investigación, se debe empezar por decir que la atención a la salud del niño con retardo mental no es adecuada en los términos de que su actividad no se refleja de una manera integral para que estos individuos puedan participar en el proceso social de producción de la vida material y espiritual del país. (McDonald, 1.998).

La vía de solución escogida en estos momentos para este tipo de pacientes es la atención que va dirigida a hacerle frente al dolor de unidades dentarias, es la solución más fácil y de pronta aplicación, que generalmente no requiere de sesiones o consultas posteriores, se refiere a la extracción dentaria, elemento traumatizante, doloroso y mutilador que tiene indicaciones precisas, ya que, cuando una pieza dentaria no puede ser preservada por otro tratamiento o en su defecto, sería necesaria la rehabilitación dentaria del individuo; elemento que no se toman en cuenta en estos pacientes y *el* criterio que prevalece es el de salir del paso de una sola vez; aspecto que aparentemente favorece tanto al profesional como a la familia del paciente, pero se sabe que la pérdida de unidades dentarias trae consecuencias nefastas para la salud, tanto del sistema bucal como del sistema gastrointestinal. (Bermúdez, 1.982).

En algunos casos son tratados con elementos y aditivos especiales; “son utilizados cuando hay posibilidad de daño accidental durante el tratamiento o cuando el paciente carece de las reacciones y reflejos

normales, haciéndose renuentes al tratamiento”. (Bermúdez, 1.982, p. 282).

Medios de Restricción Física:

La inmovilización parcial o completa del paciente constituye una medida necesaria y eficaz para poder atender desde el punto de vista odontológico a aquellos que no pueden controlar el movimiento de sus extremidades. (McDonald, 1.998).

Las indicaciones para usar las restricciones físicas son las siguientes:

- Los pacientes que requieren diagnóstico o tratamiento y que no pueden colaborar debido a su inmadurez.
- Los pacientes que requieren diagnóstico o tratamiento y que no pueden colaborar debido a incapacidad física o mental.
- Los pacientes que requieren diagnóstico o tratamiento y que no colaboran, después de haber fracasado otras técnicas para el control de la conducta.
- Cuando la seguridad del paciente o el médico está en riesgo si no se aplican medidas protectoras de restricción. (Ob. Cit.)

Entre las contraindicaciones tenemos:

- Pacientes que colaboran.
- En los que no se puede aplicar las restricción con el grado de seguridad necesaria, debido a enfermedad médica o sistémica.
- No se debe utilizar como castigo, ni por exclusiva conveniencia del personal. (Ob. Cit.).

Los dispositivos mecánicos más utilizados para que el paciente mantenga abierta la boca son:

- Los separadores de lengua almohadillos, son muy fáciles de utilizar, desechables y económicos.
- Separadores de lengua forrados o sostenedores de boca desechables (Open wide), son muy fáciles de usar, desechables y se comercializan en dos tamaños, aunque es un poco mas caro que otros separadores.
- El Molt Mouth Prop, puede ser muy útil para el tratamiento de los pacientes difíciles durante un período prolongado de tiempo.
- Los bloqueadores de mordida de goma, se ajustan a las superficies oclusales de los dientes y estabilizan la boca en posición abierta. (Ob. Cit).

Los medios de restricción física que se utilizan con mayor frecuencia son los siguientes (Mc Donald, 1.998)

Tronco:

- Papoose Board.
- Sábana triangular .
- Pepi-Wrap.
- Pieza de sujeción en saco para el sillón dental.
- Cinturón de seguridad.
- Auxiliar extra.

Extremidades:

- Correas de Posey.
- Correas de velco.
- Cintas y toallas.
- Auxiliares extra.

Cabeza:

- Soporte antebrazo-tronco.
- Cabezal.
- Recipiente de plástico.
- Auxiliar extra. (Ob. Cit.).

El Papoose Board: Es sencillo de almacenar y utilizar, se

comercializa en distintos tamaños que permite su uso en niños mayores y pequeños. Incluye estabilizadores de cabeza y se pueden utilizar varias veces. Sin embargo no siempre se ajusta a los controles del sillón dental y, en ocasiones, es necesario un cojín para sujetarlo. Los pacientes con una resistencia extrema pueden presentar hipertermia cuando la restricción se aplica demasiado tiempo. (Ob. Cit).

Sábana triangular: Para controlar a los niños extremadamente resistentes. Permite que el paciente permanezca sentado y erguido durante la exploración radiológica. Sus inconvenientes son la necesidad frecuente de sábanas para mantener la posición del paciente en la silla, las dificultades de su aplicación en los niños pequeños, y la posibilidad de compresión de la vía respiratoria, si el paciente se desliza hacia abajo en forma inadvertida. (Ob. Cit.).

Pepi-Wrap: No incluye soporte para la cabeza ni apoyo para la espalda, esta comercializado también en varios tamaños, permite un cierto movimiento mientras el paciente esta sujeto y, debido a su estructura de malla, permite que la ventilación sea mejor, por lo que disminuye la posibilidad de presentar hipertermia. Requiere unas correas para mantener la posición del tronco en la silla, así como una supervisión constante para impedir que el paciente se caiga. (Mc Donald, 1.998).

Pieza de sujeción en saco para el sillón dental: Se introdujo para facilitar la acomodación de los pacientes con hipotonía o espasticidad

grave que necesitan mas sujeción que restricción en la consulta, muchos se relajan con este dispositivo, por lo que requieren una restricción menor durante el tratamiento. (Ob. Cit.)

Correas de Posey: Se utiliza para inmovilizar los brazos y piernas del niño con ayuda de los padres o del auxiliar de la consulta. Se ajustan a los brazos del sillón dental y permiten el movimiento limitado de los antebrazos y manos del paciente. Con frecuencia, este movimiento limitado impide la hiperactividad de los pacientes muy resistentes o retrasados, esta forma de restricción física facilita la relajación e impide los reflejos no deseados, manteniendo los brazos del paciente en la línea media de su cuerpo. Se puede mantener la posición adecuada de la cabeza si el dentista ejerce la presión adecuada con sus antebrazos y con el cuerpo. Otras opciones son la ayuda de un auxiliar que estabilice la cabeza del paciente. (Ob. Cit.).

A veces combinan la restricción con la premedicación, los agentes utilizados son los tranquilizantes menores y antihistamínicos que producen la sedación de los pacientes, en situaciones extremas se utiliza anestesia general. (Bermúdez, 1.982).

Todo esto permite por lo tanto un tratamiento, pero en las condiciones más traumáticas y no cónsonas con la persona humana. (Ob. Cit.).

Para evitar tan grave problema en estos niños, es decir, la carencia de técnicas adecuadas en nuestro medio que permita el abordaje de este tipo de pacientes y que se puedan poner al alcance del Odontólogo general y especializado para darle una Atención Odontológica Integral, a los Odontopediatras le corresponde una función importante en el sentido de interpretar todas las manifestaciones de su conducta, a fin de dar cabida a este tipo de pacientes que no son tratados en todas las clínicas odontológicas, además deberían de prestarle mas atención, brindarle mas apoyo y ofrecerles un mejor servicio, dotándose de conocimientos científicos como de conducta para poderlos tratar sin ningún tipo de rechazo o repulsión. (Ob. Cit.).

Para establecer una buena relación dentista-paciente y reducir la ansiedad del paciente con respecto a la asistencia dental se ha demostrado que son muy útiles las siguientes líneas de actuación:

1. Hacer que la familia realice una breve visita a la consulta antes de acudir por primera vez el paciente. Presentar a la familia y al paciente a los miembros de la consulta.
2. Hablar despacio y usar términos sencillos de entender. Asegurarse que el paciente comprenda las explicaciones, preguntándole si tiene alguna duda.
3. Dar sólo una instrucción cada vez. Recompensar al paciente con

obsequios cada vez que finaliza con éxito un procedimiento.

4. Escuchar atentamente al paciente; el dentista debe estar especialmente atento a los gestos y solicitudes verbales.
5. Invitar a los padres a que ayuden en la sala de operaciones.
6. Hacer que las visitas sean cortas.
7. Citarlo a primera hora, cuando el dentista, su personal auxiliar y el mismo paciente estén menos fatigados. (McDonald, 1.998).

CAPITULO II

CONSECUENCIAS DE UNA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INADECUADA EN LOS NIÑOS CON RETARDO MENTAL

La problemática que presenta la Atención Odontológica Integral en pacientes niños con retardo mental es la razón más importantes para la realización de esta investigación, ya que, "existe una desasistencia total de tratamientos orales para estos niños excepcionales, tanto públicos por parte del estado, no existiendo ningún tipo de asistencia que garantice a estos niños una buena salud oral ni tampoco privada" (Gutiérrez, 1.979, p. 25-26), ya que, lamentablemente la atención se limita de las dos partes a tratamientos de emergencia. (Gutiérrez, 1.979).

“Es de lamentar que a excepción de aquellas personas que están muy vinculadas a ellos, son muy pocas quienes tienen conciencia plena del daño que les pueda ocasionar el descuidar su salud oral y ofrecerles precarios tratamientos” (Malpica, 1.994, p.32), ya que, los niños impedidos necesitan más que nadie tratamientos odontológico preventivo y curativo, como parte de su cuidado general, y pasarlo por alto significa en muchos casos un riesgo para la salud y hasta para la vida, creando un impedimento mayor de lo que sería en un niño normal. (Pinkham, 1.991).

Debido a esta desasistencia de tratamientos orales para estos niños por la falta de conocimientos de métodos y técnicas psicopedagógicas

que faciliten el manejo de la conducta del niño ha traído como consecuencia la actitud de los representantes de considerar más importante la salud mental que la bucal, y a creado un temor en ellos de que se conozca la condición excepcional del niño, así como el temor a que el odontólogo no atienda al niño o lo atiendan con elementos y aditivos que atemoricen aún más a este tipo de pacientes, ya que, la mayoría de los odontólogos desconocen y señalan este aspecto como una limitación para trabajar con niños, mayor aún la desventaja del niño retardado en comparación con el normal, puesto que, los odontólogos consideran que los problemas psicomotrices, de lenguaje y otros limitan el manejo de la conducta, por lo cual sienten cierto temor hacia este tipo de pacientes. (Pinkham,1.991).

De los niños que han recibido atención odontológica antes de ingresar al centro al cual acuden, el 94,66% (53 niños) sólo a sido atendido de emergencia y tres niños (5,34 %) con algún tipo de tratamiento básico, para demostrar la poca atención que se les presta a estos niños, y que lo único importante es aliviarles el dolor, con una actividad mutilante como las exodoncias. (Gutiérrez, 1.979, p. 85).

Es decir, de seguir con esta forma de atención odontológica a niños excepcionales nos traerá como consecuencia la búsqueda de fáciles soluciones para aliviar el dolor sin tomar en cuenta que esto conducirá a la innecesaria pérdida de unidades dentarias teniendo la solución por otras vías que no son mutiladoras.

Se entiende que la operatividad (la aplicación profesional odontológica sobre el paciente) produce sensaciones, que cuando son desconocidas, es decir, extrañas al individuo, las tienden a rechazar, magnificando sus sensaciones; y cuando por cualquier circunstancias es obligado a recibir estas técnicas, entonces puede ser traumatizado psicológicamente.(Pinkham, 1.991).

“De seguir con el problema que se presenta en la actualidad el niño con retraso mental presentaría una enfermedad periodontal destructiva grave, casi universal que no pareciera tener origen local" (Malpica, 1.994, p.78), además de un agrandamiento gingival, lesiones en los tejidos blandos y una morbilidad dentaria grave que podría ocasionar la pérdida de las unidades dentarias. (Ob. Cit.).

Otra consecuencia que trae los precarios tratamientos dentales de estos niños es el mayor índice de CEO (dientes temporarios cariados, extraídos y obturados) y CPEO (dientes permanentes cariados, perdidos, extraídos y obturados), con un mayor promedio de cariados, de exodoncias indicadas y un promedio de obturados igual a cero, es decir, la Atención Odontológica Integral es nula para este renglón. (Ob. Cit.).

Al igual que esto, el retardo mental ocupó el segundo lugar con el mayor promedio de IHOS (índice de higiene oral simplificado), lo que indica que realizan una deficiente higiene oral y además duplicó el índice de cálculo comparándolo con otras excepcionalidades como Parálisis Cerebral. (Ob. Cit.).

CAPITULO III

TÉCNICAS PSICOEDUCATIVAS PARA LA INTRODUCCIÓN DEL NIÑO CON RETARDO MENTAL A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA Y TÉCNICAS DE ATENCIÓN PARA EVITAR LA MORBILIDAD DENTARIA.

“La Técnica Psicoeducativa es un procedimiento de atención odontológica, resultado de la síntesis extraída de las técnicas de educación especial para el niño con retardo mental, por un lado, y las técnicas de atención odontológica por el otro. (Loaiza, 1.984, p. 70).

La educación especial es aquel tipo de educación que va dirigido a satisfacer las necesidades de la población excepcional, en este caso, el retardado mental, que tiene como meta final la integración social del individuo, en el cual la competencia académica es un recurso para lograr esta meta, dando importancia al desarrollo de la personalidad, a la explotación de las capacidades potenciales, a la corrección de incapacidades y a la adaptación social. (Loaiza, 1.984).

Los educadores clasifican los retrasados mentales para fines educativos en los subgrupos de:

- **Educables:** Este grupo comprende el 85-90% del total, pueden alcanzar una aceptación social moderadamente satisfactoria. Se les educa para el dominio de la lectura y escritura con el objeto de su

independencia económica y social. (Bermúdez, 1.982).

- **Entrenables:** Desarrollan entre el 40- 60% de la inteligencia normal y alcanza una edad mental entre 4 y 8 años al llegar adultos. Se les educa para la adquisición de habilidades rudimentarias en el cuidado de sí mismos y en procesos de socialización y comunicación oral, ya que, no tiene la capacidad de dominar el aprendizaje de lectura y escritura, por eso generalmente son analfabetos, aunque pueden llegar a escribir; muchos tienen defectos físicos. (Ob. Cit.) .
- **Custodiables:** En este grupo se pueden encontrar trastornos bioquímicos y genéticos. Ofrecen respuestas mínimas a los que les rodean y se consideran no adiestrables, dependiendo de los demás para su cuidado. Constituyen el 5% del grupo de retrasados mentales. (Ob. Cit.).

El conocimiento odontológico consiste además en la organización de los elementos tecnológicos, instrumentales, materiales y administrativos, en un sistema que conforma un conocimiento que organiza sistemáticamente la dotación que permite al odontólogo aplicar su conocimiento profesional y transformarlo en actividad, acción de salud. (Loaiza, 1.984).

De todo este conocimiento profesional del sistema, deben tomarse en cuenta los elementos necesarios para la educación del paciente que

permitan no sólo el abordaje sino también una atención odontológica adecuada y de alta calidad. La aplicación profesional odontológica sobre el paciente produce sensación que cuando son desconocidas, extrañas al individuo, los tienden a rechazar, magnificando sus sensaciones; y cuando por cualquier circunstancia es obligado a recibir estas técnicas es traumatizado psicológicamente. (Ob. Cit.)

Esta consideración permite entonces, organizar elementos de la atención odontológica, que a través de la educación faciliten el abordaje y la aplicación de las técnicas, este conocimiento sensibiliza al paciente, determinando una primera experiencia positiva, lo cual hace que el paciente pierda el temor que le resulta la atención odontológica, por ejemplo, la sensación de la turbina (elemento relativo que produce sensación desagradable), al paciente se le va indicando lo que va a sentir y al mismo tiempo va produciéndose la sensación poco a poco, introduciéndole en una primera instancia las técnicas sencillas y luego las más complejas, utilizando la educación especial para producir el logro de los objetivos planteados. (Loaiza, 1.984, p. 721).

Es decir, para disminuir el miedo y la ansiedad que se presenta en el paciente con retardo mental en la consulta odontológica se debe empezar con procedimientos sencillos a los procedimientos más complicados y al mismo tiempo explicarle las sensaciones que el percibirá con estos procedimientos para así adaptarlos a la consulta.

Técnica Psicoeducativa

La Técnica Psicoeducativa consiste en un procedimiento que se utiliza para la aplicación de un Tratamiento Odontológico Integral al paciente con retardo mental, siendo necesario:

1. Determinar la conducta del paciente ante la consulta.
2. Ubicar la afección del paciente.
3. Ubicar la esfera psicoeducativa.
4. Ubicar la conducta del padre o representante (núcleo familiar).
(Loaiza, 1.984).

1.- Determinar la conducta del paciente ante la consulta

En la primera consulta se tiene una impresión de cómo será la conducta del niño y se puede escoger la situación bajo la cual se realizará el tratamiento. Los pacientes se ubican en la siguiente clasificación:

- Paciente agresivo.
- Paciente temeroso.
- Paciente malcriado.
- Paciente cooperador. (Ob. Cit.).

Paciente agresivo: Es aquel niño que se presenta con una conducta ofensiva, no en el sentido de agresividad física, sino que

establece una carga para dar respuesta a un estímulo que él considera nocivo, en este caso, la aplicación de un tratamiento odontológico. Su actitud es negarse a realizar cualquier acción que se le pida. (Mc Donald, 1.998) .

Paciente temeroso: Se presenta introvertido, contestando estrictamente lo que se le pregunta, o no lo hace. Es un paciente que expresa miedo; generalmente ha sido traumatizado en tratamientos odontológicos anteriores, al introducirse en el salón clínico, llora o se devuelve y no quiere entrar. (Ob. Cit.).

Paciente malcriado: Es el producto de padres sobreprotectores generalmente. No obedece a las ordenes, hace lo que él quiere y está consciente del apoyo incondicional del padre ante cualquier acción que él realice, porque lo justificaran. (Ob. Cit.).

Paciente cooperador: Es aquel que aunque presente algún trauma previo de la atención odontológica, coopera para la aplicación de un tratamiento. Expresa todo el temor que puede sentir, esperando ayuda, sigue todas las instrucciones sin presentar obstáculos. (Ob. Cit.).

Estos elementos determinaran la conducta del operador para el abordaje, que tendrá como objeto final llevar al paciente al renglón de cooperador, estableciendo a través del interrogatorio, observación al paciente y grupo familiar bajo que circunstancia se presenta la conducta

observada y actuar para eliminar el factor negativo que produce tal situación y modificar la conducta. (Loaiza, 1.984).

2. Ubicación de la afección del paciente:

La afección del paciente tiene importancia por cuanto en los diversos tipos de retardo mental que se presentan en la consulta, características físicas, psicológica y patológicas, que hacen variar el abordaje y la aplicación de algunas técnicas odontológicas, constituyendo este parámetro uno de los aspectos de importancia fundamental a considerar por el odontólogo que atiende niños excepcionales para su manejo adecuado. (Ob. Cit.).

3. Ubicar la esfera psicoeducativa:

Es la situación cognoscitiva que expresa un niño con retardo mental, derivado de una educación institucional si la hay y del contexto social- biológico en que se desarrolla. Se consideran tres esferas psicoeducativas: educable, entrenable y condicionable que determinan en una primera instancia la técnica a utilizar en cada esfera. (Ob. Cit)).

Esfera educable: se utiliza la técnica explicativa, visual y la experiencia imitativa. (Ob. Cit.).

Esfera entrenable: se utiliza la técnica visual y de percepción de

la experiencia imitativa, gratificando las respuestas positivas y castigando las negativas. (Loaiza, 1.984).

Esfera condicionable: se utilizan las técnicas de condicionamiento operante. (Ob. Cit.).

Las dos primeras esferas comprenden a su vez dos subesferas:

Educables franca y retardadamente y Entrenables franca y retardadamente, que determinan en una segunda instancia la cantidad de contenido de conocimientos a impartir y la velocidad en que se proporciona ese contenido. (Ob. Cit.).

La ubicación en estas esferas no es rígida, por lo que un paciente puede ubicarse entre dos esferas o sub-esferas de acuerdo a las observaciones realizadas. Este diagnóstico se realiza generalmente en la primera sesión, ya que de la ubicación en la esfera psicoeducativa depende la orientación que se debe seguir para aplicar el tratamiento respectivo sin dificultades. (Ob. Cit.).

4. Ubicación del tipo de padres:

De acuerdo a las observaciones realizadas se ubica el padre o representante (núcleo familiar), al paciente-niño en la siguiente clasificación:

- Sobreprotector.

- Rechazador.
- El que considera a su hijo un niño normal.
- El que está consciente del problema.

Sobreprotector: Es aquel padre que limita la acción del niño, no permitiéndole que responda ante las situaciones. Quiere hacer todo por el niño. Se encuentra ansioso ante la consulta y tiene miedo por el niño. (Loaiza, 1.984).

Rechazador: Es aquel que rechaza a su hijo por no ser normal (rechazo no expresado). Se presenta como un padre preocupado por hacer todo lo que se le indica, "por el bien del niño". En oportunidades este tipo de padres se enmascara como un sobreprotector en las primeras sesiones, se diferencia del sobreprotector, en que aquel trata por todos los medios de convencer que sobreprotege al niño; el padre sobreprotector no lo dice, es su actitud, su comportamiento hacia el niño es el que expresa esa condición. (Ob. Cit.).

El padre que considera a su hijo como un niño normal: Es una forma mas sutil de rechazo, que pretende que el niño se comporte como un niño normal, no está consciente de sus limitaciones y le exige por encima de ellas. Está al tanto de lo que no hace bien para reprenderlo. Quiere que el niño de entrada se deje tratar sin pretender alguna dificultad. (Ob. Cit.).

El que está consciente del problema que tiene su hijo: Es aquel que está consciente de las limitaciones que tiene su hijo en todos los campos de su actividad educativa y social. (Ob. Cit.).

Las características del tipo de padres determina en cierto grado la conducta del niño y la importancia de ubicarlos, es para ponderar en una primera instancia la cooperación que se puede esperar del padre para el abordaje al niño en la consulta; y en una segunda instancia la necesidad de educar al padre para que participe positivamente en el abordaje y tratamiento del paciente. (Loaiza, 1984).

En los casos que el padre sea nocivo para el abordaje, se debe aislar del niño en la consulta y no permitirle la entrada al salón clínico hasta que éste no este consciente de la necesidad de su adecuada participación en el tratamiento. (Ob. Cit.).

Técnica Psicoeducativa para el Acto Clínico Odontológico:

Para cada técnica clínica odontológica se procede en una primera opción a la educación del paciente para recibir la actividad indicada para su rehabilitación. (Bermúdez, 1.982)

La introducción a la clínica para cada estrato de paciente (educable, entrenable, condicionable), se indica con el examen clínico y

las acciones preventivas en el sillón dental. Dependiendo del nivel se procede con la técnica de educación especial para cada estrato, ofreciéndole la posibilidad de conocer las diversas percepciones o sensaciones que determina la aplicación de las técnicas clínicas; así se debe enseñar a recibir y protegerse de la luz de la lámpara, demostrarle las posiciones del sillón. Narrándole el sentido de la posición, se le enseña a recibir el agua de la jeringa y de la turbina, además a escupirla, a realizar la señal de detener el acto odontológico al recibir sensación de molestia o dolor para transmitirlo al operador y a recibir el chorro de aire. Se le explica la sensación que produce cada instrumento y se le hace sentir dicha sensación. (Ob. Cit.).

Se le muestra todo el instrumental, pero no se le enseña a tocarlo sino la sensación, que por cierto es especial para cada paciente, ya que; unos no responden a la acción rotativa y les sobresalta el chorro de agua o aire. (Ob. Cit.).

Para el caso de entrenable, se les demuestra la sensación a recibir en la mano.

Para la anestesia no se debe mostrar la aguja, solamente cuando el paciente esta educado se debe mostrar la jeringa, el cartucho de anestesia y el portaguja; esta se debe manipular en la cavidad oral, el paciente sentirá la sensación y generalmente no magnificara su acción. La presencia de la aguja es un indicativo de puya que produce dolor (se asocia con inyección), por lo tanto si el paciente observa la aguja, este mensaje lo codifica y sentirá dolor, así la aplicación de la anestesia no produzca tal cosa.

(Bermúdez, 1.982, p. 84).

Es decir, no se debe atemorizar al paciente con los aparatos e instrumentos que se utilizan en la consulta, ya que, éstos predispondrán al paciente a la presencia de dolor y molestia, se deben manejar con la mayor discreción posible.

Al educar al paciente para el acto anestésico se minimiza el procedimiento previo al examen clínico y profilaxis, realizando simulacro en las zonas que interesa anestésiar, hasta que el paciente pierda la aprehensión ante el procedimiento. (Bermúdez, 1.982, p. 84).

Si es necesario, se aplicará el número de sensaciones pertinentes hasta conseguir la educación necesaria para la aplicación de las técnicas que cada paciente requiera y se recomienda que las actividades de exodoncias y actos quirúrgicos sean realizadas al final del proceso terapéutico. (Ob. Cit.).

Técnicas de Atención Odontológica

Las técnicas de atención odontológicas consisten en:

- Técnicas preventivas.
- Técnicas curativas.
- Técnicas de rehabilitación.

Técnicas Preventiva: "Destinadas a prevenir la aparición de la

enfermedad buco dental y fomento de hábitos orales, consiste en la aplicación de sustancias que limitan la instalación de los agentes productores de la enfermedad." (Loaiza, 1.984, p.71).

Las enfermedades bucales de los pacientes con retardo mental suelen ser crónicas, y por ello complican a otros problemas mentales o físicos incapacitantes durante toda la vida. No hay otro grupo en que sea mayor la necesidad de prevención. La prevención primaria antes de que surja la enfermedad debe ser la meta odontológica mas importante en niños con retardo mental, la mayoría de estos pacientes no necesitan mas tratamiento que las medidas preventivas intensivas y las visitas regulares al odontólogo. (Rutkauskas, 1.994).

Los protocolos de prevención comprenden tres áreas:

1. Enseñanza al paciente y capacitación a sus padres y el personal asistencial.
2. Integración de los cuidados de salud bucal en las actividades de la vida diaria.
3. Medidas periódicas profesionales del tipo preventivo que incluyen servicios de ortodoncia y nutrición. (Ob. Cit.).

Es importante emprender los programas preventivos desde fase temprana en el proceso de planificación del tratamiento. La enseñanza al paciente, sus padres y quienes cuidan a la persona, debe ocuparse de la presencia o

posibilidad de enfermedades dentales en la población de pacientes con retraso mental." (Rutkauskas, 1.994, p. 462).

Es decir, las técnicas preventivas deben aplicarse en la primera etapa del tratamiento, para evitar el avance de las enfermedades bucales y todas las personas que rodean a este tipo de pacientes deben tener un conocimiento básico que permita el control de dichas enfermedades.

En circunstancias óptimas el enfermo debe participar en el mayor grado posible en su atención y las únicas limitaciones serían su incapacidad mental o física. Buscar la participación del paciente lleva al máximo su imagen positiva y estimula su independencia. Se han creado programas institucionales de enseñanza en salud dental en respuesta a necesidades de enfermos dentro de medios residenciales específicos. También se han publicado los datos de modelos satisfactorios y en base a ellos se han elaborado programas. (Rutkauskas, 1.994).

La realización puede abarcar la intervención de personal distinto en cada programa, pero la motivación es el parámetro fundamental en el buen éxito o el fracaso de la enseñanza en salud dental. Las proporciones entre el número de individuos que integran el personal asistencial y el número de pacientes, así como la presencia de una persona para coordinar e insistir en la atención dental diaria, son los elementos que permiten predecir los buenos resultados en los programas preventivos. (Ob. Cit).

El material odontológico especializado varía desde folletos y otros tipos de medios de orientación, videos de enseñanza modular, innumerables folletos de enseñanza de salud mental, y manuales orientados a los pacientes y a quienes los cuidan, para que la atención odontológica tenga el mismo nivel que en personas no incapacitadas. Cuando se ha producido algún cambio anatómico o enfermedad se recomienda la disminución de la placa dentobacteriana por medio de agentes quimioterápicos, si con las solas técnicas mecánicas es imposible conservar la salud de la boca. Estos agentes se utilizarán únicamente cuando se les incorpore como parte de un programa periodontal de asistencias. (Ob. Cit.).

Algunos estudios han sugerido que incluso el 60% de disminución de la placa se alcanza con los agentes quimioterápicos, pero los productos disponibles mejoran la salud gingival solo en un 30% de los casos, al disminuir la placa endobacteriana. (Ob. Cit.).

Algunos antibacterianos de aplicación bucal son compuestos fenólicos, halógenos, productos de oxigenación y fluoruros. Es importante controlar los factores singulares que contribuyen a la enfermedad periodontal. Las anomalías funcionales que a veces causan pérdida de la integridad periodontal son acumulaciones de alimentos en el vestíbulo mandibular, líneas labiales altas con encías bulbosas secas y lesión traumática de los incisivos inferiores por deficiente función de la lengua. (Rutkauskas, 1.994).

Es importante considerar estrategias de intervención preventiva como la orientación nutricional, programas de estimulación buco facial, vigilancia de los efectos adversos de los fármacos en la boca, tratamiento médico de alteraciones en las vías respiratorias y modificación de los utensilios para la alimentación, todo lo cual puede llevar al mínimo la aparición de enfermedades de la boca en el paciente con retardo mental. (Ob. Cit.).

Con las técnicas preventivas se establece la comunicación con el paciente y su núcleo familiar, además de observar y determinar la conducta de ambos. (Ob. Cit.).

Para el diagnóstico de la esfera psicoeducativa se sigue el procedimiento siguiente:

1. Se le proporciona el cepillo dental y la crema dentrífica al niño y se le indica que realice el cepillado de sus dientes.
2. Se le explica la técnica utilizando la narrativa simultáneamente con la acción en el macromodelo dental y se le indica al niño que repita la explicación de la teoría.
3. Se le explica la técnica de cepillado ejecutando la acción directa en el macromodelo dental. Se indica la acción con vocablos sencillos. Se le

pide que repita la técnica.

4. Observación de la psicomotricidad con relación a la toma del cepillo y ejecución de la acción. (Loaiza, 1.984).

Técnica curativa: “Son aquellas que eliminan los signos y síntomas de la enfermedad bucodental: la operatoria (eliminación de caries), la endodoncia (terapia de la pulpa dentaria), la exodoncia (eliminación de una unidad dentaria de la cavidad bucal) y periodoncia”. (Loaiza, 1.984, p.71).

La mayoría de las personas con incapacidades físicas o mentales pueden ser tratadas en el consultorio del odontólogo con mínimas modificaciones del protocolo común (si es que se necesita). Sin embargo las personas con retardo mental grave necesitan valoración adicional antes de emprender un tratamiento odontológico completo. La evaluación de todos los pacientes en forma típica incluye: el interrogatorio personal, odontológico, familiar, social y de antecedentes farmacológicos; la exploración clínica; los estudios radiográficos y la evaluación del problema principal del sujeto. Los individuos con cuadros médicos graves necesitan consulta adecuada con un médico o un especialista, y métodos adecuados de laboratorio. En la fase de evaluación el odontólogo debe cuantificar la capacidad del sujeto para colaborar durante el tratamiento, el estado funcional del paciente y el mejor método de comunicación. (Rutkauska, 1.994).

“Todos los métodos para obtener cooperación serán agotados antes de decir si se utilizaran métodos restrictivos, premedicación, analgesia o anestesia general” (Bermúdez, 1.982, p. 281).

Para esta decisión se tomará en cuenta dos factores:

- a) La cantidad de tratamiento a efectuar.
- b) El tipo de impedimento. (Bermúdez, 1.982).

Técnica de rehabilitación: “Aquellas actividades tendientes a devolver al individuo la relación interdientaria (oclusión) física y funcionalmente a través de la instalación de prótesis ya sean parciales o totales, o la aplicación de técnicas ortopédicas u ortodóncicas" (Loaiza, 1.984, p. 71).

CAPITULO IV

IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS PREVENTIVAS, CURATIVAS Y DE REHABILITACIÓN EN NIÑOS CON RETARDO MENTAL.

“La carencia de condiciones educacionales del Odontólogo en cuanto a su formación para la atención del niño con retardo mental determina un alto índice de morbi-mortalidad dentaria en esos niños” (Loaiza, 1.984, p 71), pues en esta educación radica la principal importancia de saber aplicar las técnicas preventivas, curativas y de rehabilitación en estos niños y prevenir que el Odontólogo no posea la preparación o formación adecuada para atender a esta población que lo lleva, por lo tanto a actuar por la situación de emergencia, lo rechaza o lo remite al especialista que por otro lado, en caso de atenderlo lo somete a procesos de sedación o lo lleva a la anestesia general, no dándole oportunidad de actuar como miembro activo y protagonista en el proceso de atención, pues toda esta situación determina que las necesidades de atención no sean satisfechas y por lo tanto la enfermedad se instala y progresa sin hallar obstáculos. (Loaiza, 1.984).

La falta de aplicación de un tratamiento odontológico integral que consta de saber aplicar las técnicas preventivas, curativas y de

rehabilitación, determina un alto índice de morbi-mortalidad dentaria en los niños con retardo mental, al igual que la aplicación de la terapéutica sin llegar a la rehabilitación, lleva aun franco deterioro de las condiciones bucales del individuo. (Ob. Cit.).

Con el conocimiento de técnicas preventivas que son impartidas por el Odontólogo de uso familiar como: el cepillado correcto, la adecuada masticación de los alimentos, la ingesta de alimentación balanceada, el uso de elementos accesorios para la higiene oral se evitarían trastornos gastrointestinales y permitiría el adecuado crecimiento y desarrollo de los maxilares, además de prevenir la aparición de elementos cariogénicos. (Bermúdez, 1.982).

Además es importante considerar estrategias de intervención preventiva como programas de estimulación bucofacial, vigilancia de los efectos adversos de los fármacos administrados en la boca, tratamiento médico de alteraciones en las vías respiratorias etc., todo lo cual puede llevar al mínimo la aparición de enfermedades en la boca en los pacientes con retardo mental. (Rutkauskas, 1994).

“Al no suministrar un tratamiento preventivo adecuado el individuo queda predispuesto a la recidiva de la patología, porque el profesional no tomo en consideración las situaciones bucales que predisponen la aparición de la enfermedad”. (Loaiza, 1.984, P.74).

Es importante emprender los programas preventivos desde fases tempranas en el proceso de planificación del tratamiento. La enseñanza al paciente, sus padres y quienes cuidan a la persona deben ocuparse de la presencia o posibilidad de enfermedades dentales en la población de pacientes especiales. (Rutkauskas, 1.994).

Al cumplir con una técnica curativa incorrecta como aquella que no requiera de sesiones o consultas posteriores, ya que, prevalece el criterio de salir del paso de una sola vez, trae consigo consecuencias nefastas como situaciones traumatizantes, dolorosas y mutilantes, en general a la salud del paciente, tanto del sistema bucal como la afección del sistema gastrointestinal. (Loaiza, 1.984).

Es por esto que llama la atención la conducta del profesional, el cual teniendo el conocimientos de las técnicas mas sofisticadas tendientes a preservar el equilibrio bucal, deberían ofrecer la oportunidad de un tratamiento integral a individuos que a parte de su problema de retardo mental, son tan humanos como cualquier otro. (Ob. Cit.).

“Es importante valorar el nivel funcional del sujeto por parte del Odontólogo, para así planear un programa de higiene de la boca en el cual el paciente participe en toda su capacidad funcional.” (Loaiza, 1.984, P. 74). También los antecedentes sociales son útiles para identificar la causa de la enfermedad bucal durante la exploración clínica y de llevar las técnicas curativas a su máxima excelencia; además permite a menudo

conocer hábitos nocivos en la cavidad bucal como por ejemplo:

La rumiación que es la regurgitación, masticación y deglución repetida de un alimento ingerido, este hábito de inadaptación hace que el contenido ácido del estomago entre en contacto a menudo con la dentadura y ocasione desmineralización intensa de los dientes y caries acelerada, además de erosión intensa de todas las superficies dentales y puede destruir fácilmente la integridad de obturaciones coladas. (Rutkauskas, 1.994, p. 470).

Situaciones como esta se presentan a diario; ya que, el Odontólogo no está capacitado para explorar los antecedentes ni la situaciones actuales en la que el niño llega a la consulta, es por esto que una correcta aplicación de tanto técnicas preventivas como curativas evitarían este tipo de acontecimientos devolviéndole al paciente especial su salud bucal.

Esta consideración permite entonces, organizar elementos de la atención odontológica, que a través de la educación faciliten el abordaje y la aplicación de las técnicas, este conocimiento sensibiliza al paciente, determinando una primera experiencia positiva, lo cual hace que el paciente pierda el temor que le resulta la atención odontológica. (Bermúdez, 1.982).

La capacidad de comunicación con una persona que tiene

incapacidad del desarrollo es de suma importancia, para que el Odontólogo obtenga buenos resultados en la fase del tratamiento, pues así la técnica preventiva establece la comunicación con el paciente y su núcleo familiar además, de observar y determinar la conducta de ambos. (Ob. Cit.).

Las características del tipo de padres determina en cierto grado la conducta del niño y la importancia de ubicarlos es para ponderar en una primera instancia, la cooperación que se pueda esperar del padre para el abordaje al niño en la consulta y en una segunda instancia la necesidad de educar al padre para que participe positivamente en el abordaje y tratamiento del paciente. (Ob. Cit.).

“Muchos de los factores que alteran la boca y la salud de la cavidad bucal son prácticamente los mismos que afectan a sujetos sin incapacidades”. (Loaiza, 1.984, p.75). La única excepción real a este asunto sería el acceso al sistema de atención Odontológica, lo cual rebasa el simple hecho de eliminar la discriminación en el acceso a los servicios de personas incapacitadas, estando a cargo esta función del Odontólogo. (Loaiza, 1981).

“De todo el conocimiento profesional del sistema, se deben extraer los elementos necesarios para la educación del paciente que permita no solo el abordaje sino también una atención Odontológica adecuada y de alta calidad” (Loaiza, 1984). P.75).

También es de importancia el conocimiento por parte del Odontólogo de elementos tecnológicos, instrumentales, materiales y administrativos en un sistema que conforma un conocimiento que permita organizar sistemáticamente la dotación y aplicación de su conocimiento profesional y transformarlo en actividad (técnicas) para así lograr acciones de salud. (Bermúdez, 1.982).

La conducta del paciente ante la consulta, la afección, la esfera psicoeducativa y la conducta del padre o representante (núcleo familiar) son parámetros que constituyen las premisas básicas de las Técnicas Psicoeducativas para aplicar de manera adecuada y efectiva cualquier técnica odontológica necesaria para un tratamiento odontológico integral. (Ob. Cit.).

Pues es importante para evitar tan graves problemas en relación con la salud bucal de estos niños que, tanto los especialistas como Odontólogos generales le corresponda la interpretación (como parte importante del sistema) de todas las manifestaciones de su conducta, a fin de dar cabida a este tipo de pacientes que no son tratados en todas las clínicas odontológicas, además de prestarle mas atención, brindarle mas apoyo y ofrecerles un mejor servicio, dotándose de conocimientos tanto científicos como técnicos (conducta y acciones) para poderlos tratar sin ningún tipo de rechazo o repulsión. (Ob. Cit.).

CONCLUSIÓN

Los odontólogos tratan pacientes con problemas de salud muy diversos, al familiarizarse con estos padecimientos tanto de su salud general como de su salud bucal, el dentista puede identificar y tratar de manera oportuna las anormalidades, además de incitar al paciente para que participe en un programa de servicios de salud integral.

De acuerdo a todos los problemas que presenta el niño con retardo mental hemos llegado a la conclusión que el odontólogo siguiendo un patrón de Atención Odontológica Integral basado en el conocimiento de técnicas preventivas, curativas y de rehabilitación, además de su capacidad y disposición de hacerlo, podríamos erradicar la falta de atención y descuido de estos niños, de minimizar la carga que las enfermedades que imponen a los pacientes, familiares y a la comunidad.

Dicha carga incluye miedo, ansiedad, dolor, sufrimiento, uso desproporcionado de los recursos de atención de salud y pérdida de la productividad.

Los servicios de salud odontológica integral están indicados para minimizar o eliminar estos miedos, la ansiedad y con esto mejorar la salud de personas afectadas, aumentar su productividad y cuando sea posible. prevenir el surgimiento de otros trastornos.

La calidad de vida es una consideración muy importante que como profesionales y humanos no debemos pasar nunca por alto, en casi todos los sujetos incluyendo aquellos con incapacidades. El odontólogo en la práctica puede brindar la mejor atención en este aspecto al ocuparse de las medidas de cuidado en todos los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Bermúdez de Angulo, S (1982). **Conceptos Básicos de Odontología Infantil.** Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología.
- Gutiérrez, A y Paz, G (1979). **Programa de Atención Odontológica para los Niños Excepcionales del Dtto. Valencia del Estado Carabobo -Venezuela.** Trabajo de ascenso de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.
- Loaiza, Y y Figueredo, A (1984). **Técnica de Psicoeducativa para la Atención Odontológica Integral al Niño con Retardo Mental. Venezuela.** Trabajo de ascenso de la facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.
- Malpica de T, E y Felice de T, y (1993). **Condición de Salud Bucal en la Población con Necesidades Especiales del Instituto San Enrique Acapane. Valencia - Venezuela.** Trabajo de ascenso de la facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.
- Mc Donald, R (1998). **Odontología Pediátrica y del Adolescente.** Madrid -España. Harcourt Brace. Sexta Edición.

- Pinkham, J (1991). **Odontología Pediátrica. Interamericana. Mc Graw-Hill. México.**
- Rutkauskas, J (1994). **Consideraciones Prácticas en el Cuidado de Pacientes Especiales. Interamericana Mc Graw-Hill. México.**