



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
ASIGNATURA: PROYECTO DE INVESTIGACION**

**ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA AL NIÑO CON RETRASO
MENTAL DURANTE LA CONSULTA ODONTOLOGICA**

AUTOR:

**Muñoz Sandra
CI:13.911.042**

VALENCIA, DICIEMBRE DEL 2001

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.
UNIVERSIDAD DE CARABOBO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
ASIGNATURA: PROYECTO DE INVESTIGACION**

**ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA AL NIÑO CON RETRASO
MENTAL DURANTE LA CONSULTA ODONTOLOGICA**

**AUTOR:
Muñoz Sandra
CI:13.911.042**

VALENCIA, DICIEMBRE DE 2001.

DEDICATORIA

A Mi Madre , por su apoyo incondicional
A Mi Hermano, Tía y Esposo .

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso que nos protege en todo momento.

A la Universidad de Carabobo por darme la oportunidad de realizar uno de mis sueños.

A la Facultad de Odontología por darnos las herramientas para salir y defender nuestros intereses y por instruirnos en la carrera.

A la Profesora Maria Labrador por su apoyo y conocimientos que me sirvió para orientarme en la realización de esta investigación .

A todas mis compañeras por su colaboración y apoyo en especial a Annice Morillo

INDICE

	Pag
Dedicatoria	i
Agradecimientos.....	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Objetivo General	5
Objetivo Especifico	5
Justificación	6
CAPITULO I	
Concepto.....	7
Etiología.....	8
Incidencia.....	8
Clasificación de los pacientes con retraso mental.....	9
Características de salud enfermedad general.....	10
Características salud bucal en pacientes con retraso mental.....	11
CAPITULO II	
Fases de la atención odontológica especial.....	13
Variaciones de la Atención Odontológica especial.....	14
Conducta del paciente ante la consulta.....	16

Clasificación de las esferas psicoeducativas.....	17
Necesidades terapéuticas del paciente con retraso mental.....	18
Odontología preventiva.....	19

Capitulo III

Técnicas psicoeducativas para el abordaje odontológico.....	25
Conocimientos odontológicos.....	26
Técnica psicoeducativa para el acto odontológico.....	28
Funciones del higienista o asistente dental.....	31
Instrumental odontológico utilizado para la higiene bucal.....	35

CAPITULO IV

Investigaciones Nacionales e Internacionales relacionadas con la Atención odontológica al niño con Retraso Mental.....	36
Conclusiones	37
Bibliografía	40

INTRODUCCIÓN

La odontología es la ciencia que se encarga del estudio y funcionamiento de la cavidad bucal y sus áreas adyacentes, así como de las enfermedades y su tratamiento. Es de gran importancia que las personas entiendan que una buena higiene bucal es el punto de partida para un estado de salud integral del individuo.

Por tal razón es deber del odontólogo educar a los pacientes sobre las distintas técnicas y métodos para mantener una buena salud oral. Así como también la importancia de mantener una buena relación odontólogo-paciente, relación que en el mejor de los casos esta limitada a personas normales, sin problemas psicomotores o de aprendizaje. De esta misma forma debe tratarse al niño con retraso mental el cual necesita de atención odontológica adecuada.

El pensamiento del niño con retraso mental 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, especialmente aquel problema tiene causas bien definidas que difieren marcadamente de un niño normal.

Es por esto que se han analizado o explicado técnicas psicoeducativas para el abordaje y tratamiento odontológico del niño con retraso mental clasificándolas en: preventivas, curativas y de rehabilitación.

Además de estas técnicas preventivas se establece la comunicación con el paciente y su núcleo familiar y observar la conducta de ambos.

También se analizan las investigaciones nacionales e internacionales de manera de producir un intercambio de ideas y opiniones, para la utilización de terapias y técnicas en estos pacientes ante la consulta odontológica, logrando una mayor y mejor salud bucal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El retraso mental, hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas a: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, salud y seguridad.

Esta es una enfermedad congénita se ha atribuido a diversos factores etiológicos como herencia, influencias prenatales, prematurez, anoxia o lesión al nacer, desnutrición, encefalitis y parálisis cerebral.

Los niños con retraso mental no sufren problemas dentales característicos. Sin embargo por su mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos, sufren índices de caries y enfermedades periodontales mas elevados que los niños normales.

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.

Estos elementos determinaran la conducta del operador para el abordaje que tendrá como objetivo final llevar al paciente al renglón de “cooperador” estableciendo a través del interrogatorio y 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.

El odontólogo en ocasiones se ve limitado en la atención de este tipo de pacientes debido al desconocimiento y falta de información sobre la conducta a seguir al tratar a niños con retraso mental; además de existir pocos centros de atención odontológica especializados que faciliten el abordaje y aplicación de técnicas psicoeducativas adecuadas.

La mayoría de estos niños no son atendidos por lo que persiste el problema bucodental, todo esto gracias al miedo por parte del odontólogo a tratar niños con necesidades especiales.

Es por lo que este tipo de investigación busca refrescar conocimiento a unos y aportar información a otros sobre el manejo de este tipo de paciente lo cual no es difícil si es tratado en forma adecuada, estos dependen de la orientación por parte del odontólogo y de sus padres en la aplicación del tratamiento respectivo sin dificultad.

Lo que permitiría disminuir los problemas buco dentales que presenten estos pacientes (caries dental, enfermedad periodontal, entre otras), consecuencia de las limitaciones de psicomotricidad, es por lo que debe enseñarse a niños y padres a desarrollar una correcta higiene bucal.

Lo que se busca es hacer que el odontólogo se concientice sobre la actitud que el debe presentar y hacer que estos niños que en su mayoría sienten temor ante el tratamiento odontológico pasen de niños no cooperadores a niños cooperadores.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la atención psicopedagógica en niños con retraso mental durante la consulta odontológica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1- Establecer los conocimientos básicos sobre los niños con retraso mental durante la consulta odontológica.

2-Explicar los parámetros a utilizar para el tratamiento odontológico del niño con retraso mental.

3-Describir las técnicas psicoeducativas, para el abordaje y tratamiento odontológico del niño con retraso mental.

4-Analizar las investigaciones Nacionales e Internacionales relacionadas con la atención psicopedagógica al niño con retraso mental durante la consulta odontológica.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación se realizó con la intención de dar a conocer y entender la importancia de la atención psicopedagógica del niño con retraso mental durante la consulta odontológica, por lo que se considera importante conocer y establecer las diferentes técnicas psicoeducativas para el abordaje y tratamiento odontológico del niño con retraso mental.

Dada la importancia de la atención odontológica en niños con retraso mental se han desarrollado diferentes investigaciones, siendo necesario cumplirla cada día más, lo que permite en este caso investigar, conocer y observar los diferentes técnicas psicoeducativas para el abordaje de estos niños que el odontólogo debe desarrollar por lo que trata de buscar la forma para prevenir y reducir los altos índices de caries y enfermedad periodontal que se presentan en este tipo de paciente, considerando su importancia esta investigación esta dirigida a los estudiantes y profesionales de la odontología, a su vez de ampliar conocimientos en forma teórica y entender la importancia del tratamiento odontológico presentes en el niño con retraso . Además de ser un requisito como parte de la preparación de pregrado .

Por otro lado es importante señalar que este trabajo seria de gran ayuda para los profesionales de la odontología puesto que les brindara estrategias desconocida.

CAPITULO I

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LOS NIÑOS CON RETRASO MENTAL DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

El retraso mental concierne a un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la medida, existente con déficit en la conducta adaptativa y manifestado durante el periodo de desarrollo. Lo más característico del deficiente o retrasado mental, es que su edad mental siempre es inferior a la edad cronológica. No es lo mismo un niño de 7 años con una edad mental de 2 años que uno con una edad mental de 6-7 años. Disponible: www.google.elretrasomental.htm. [Consultado: Octubre de 2001].

Por lo anteriormente expuesto se puede decir que el retraso mental no es un trastorno o entidad específica, ya que la misma va a reunir una serie de alteraciones que contribuye a la lesión o daño permanente del cerebro, acarreando esto la pérdida total de las funciones bien sea por alteración o interrupción de las vías motoras.

En cuanto a la etiología del retraso mental es variado, existiendo la combinación de varios factores. Alguno de estos pueden ser:

.- Factores genéticos, incluimos las aberraciones cromosómicas, las anormalidades de genes específicos dominantes y las anormalidades de genes específicos recesivos.

.- Factores ambientales, incluimos los que ocurren antes del nacimiento entre los cuales destacan:

.- Prenatales: bajo peso al nacer, diabetes, infecciones maternas, drogas y radiaciones.

.- Perinatales: ocurren durante el nacimiento, entre ellos la anoxia, traumatismo mecánicos, prematuridad y las infecciones.

.- Postnatales: ocurren tras el nacimiento estos son la malnutrición, infecciones, venenos y traumatismos.

.- Factores ambientales estos pueden causar retraso en el desarrollo, muchos de ellos son de naturaleza educativa ejemplo es la falta de reforzamiento por la conducta apropiada incluyendo el desarrollo del lenguaje, el castigo por el desarrollo de la conducta inapropiada, modelos inadecuados, falta de materiales en el seno familiar para promover el aprendizaje.

El síndrome de Down es la más común y fácil de reconocer de todas las condiciones asociadas al retraso mental. Esta condición (antes conocida como mongolismo) Es el resultado de una anomalía de cromosomas, 47 en lugar de ser 46 (23 pares) que se consideran normales.

Según estadísticas realizadas en los Estados Unidos cada año, nacen aproximadamente 4.000 niños con Síndrome de Down. Se podría decir que 1 de cada 800 a 1000 niños nace con esta condición.

Los padres de cualquier edad pueden tener un niño con este síndrome; aunque no importa la edad la incidencia es mayor entre las mujeres sobre los 35 años de edad. Las formas más comunes del síndrome generalmente no ocurren más de una sola vez por familia. Disponible:[www.enfermedades.com/Síndrome de Down.htm](http://www.enfermedades.com/Síndrome_de_Down.htm). [Consultado: Octubre de 2001].

Tomando en cuenta las estadísticas antes mencionadas se puede decir que existe una relación directa entre la probabilidad de tener un hijo con Síndrome de Down entre la edad de la madre, siendo edades críticas mujeres menores de 20 y mayores de 40 años.

La clasificación de las deficiencias mentales según la O.M.S (Organización Mundial de la Salud. Disponible: www.google.com. El retraso mental.htm. [Consultado: Octubre de 2001]).

Denominación	Coficiente intelectual	Edad mental correspondiente
Profundo	menor de 20	0-2 años
Agudo grave	entre 20-35	0-2 años
Moderado	entre 36-51	2-7 años
Leve	entre 52-67	7-12 años

El niño con retraso profundo son sujetos que tienen una incapacidad total de autonomía. Los que tienen un coeficiente intelectual inferior a 10 incluso viven a un nivel vegetativo. Mientras que el niño con retraso agudo-grave se debe instaurar hábitos de autonomía ya hay probabilidad de adquiridos. Su capacidad de comunicación es primaria. Suelen aprender de forma lineal, son niños que necesitan revisiones constantes.

Por otra parte los niños con retraso moderado lo máximo que pueden alcanzar es asumir un nivel pre-operatorio, son sujetos que pueden ser capaces de adquirir hábitos de autonomía e inclusive pueden realizar ciertos desplazamientos conocidos. Cuando

sean adultos podrán asistir a lugares ocupacionales aunque siempre necesitaran de supervisión.

Al presentar retraso leve el niño entra al nivel de educable, pudiendo llegar a realizar tareas con supervisión. Son los casos más favorables.

CARACTERÍSTICAS SALUD ENFERMEDAD GENERAL.

El niño con retraso mental presenta una variedad de enfermedades generales y bucales entre las cuales se pueden mencionar las siguientes :

-Hipotonía, Hipertonía, Retardo Mental, Convulsiones, Deficiencia Sensoriales, Estrabismo, Trastornos de fonación, Contracción articular, Incontinencia, Obesidad, Sordera.

Es importante destacar que también existen reflejos característicos en estos pacientes que nos hacen determinar su trastorno:

Reflejo tónico asimétrico del cuello: que el paciente al mover la cabeza hacia un lado, los hace todas las extremidades de ese lado, tornándose hipertónicos y los opuestos flexionados.

Reflejo laberíntico tónico: el paciente se encorva desde la cintura hasta la cabeza (como arco) y las extremidades inferiores se estiran.

Reflejo de alarma: por cualquier estímulo realiza movimientos enérgicos.

CARACTERÍSTICAS SALUD ENFERMEDAD BUCAL

.-Enfermedad Gingival: Hay una correlación evidente entre la gravedad de la enfermedad y la higiene oral del paciente. A menudo el paciente no será capaz de cepillarse o usar adecuadamente el hilo dental.

El tipo de dieta también es significativo, los niños que tienen dificultad para masticar y para deglutir tienden a comer alimentos blandos, que se tragan fácilmente y son ricos en hidratos de carbono. Los pacientes con parálisis cerebral que toman fenitoína para controlar la actividad convulsiva tienen por lo general cierto grado de hiperplasia gingival.

.-Caries: es alto el índice de esta por la deficiencia higiénica y por la administración de alimentos hidrocarbonados.

.-Maloclusiones: son muy notorias, ya que por la adopción de posturas anormales las hacen agravar. Entre las que se observan están: Protrusión antero-superior, mordida abierta, mordida cruzada unilateral. Esto se adjudica a la desarmonía muscular intra y extra bucales.

.-Bruxismo: por lo común se observa bruxismo en los pacientes con parálisis cerebral atetósica. Puede notarse atrición severa de la dentición temporaria y de la permanente, con la consecuencia perdida de dimensión vertical intermaxilar. Puede haber trastornos de la articulación temporomandibular como secuela de esta situación, en pacientes adultos.

.-Traumatismo: las personas con parálisis cerebral son más susceptibles a los traumatismos, en especial de los dientes antero-superiores. Esta situación se relaciona

con la tendencia aumentada a las caídas junto con la disminución del reflejo extensor que amortiguaría esas caídas y la frecuente protrusión de los dientes anterosuperiores.

CAPITULO II

PARÁMETROS A SEGUIR PARA EL ABORDAJE DEL NIÑO CON RETRASO MENTAL DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Fases de la atención odontológica especial.

Existen 2 fases para la aplicación del tratamiento odontológico a niños con necesidades especiales. (Según Pinkham,1993).

1-Fase de abordaje.

Es la fase preliminar y fundamental de la atención odontológica, ya que del manejo adecuado de esta, permitirá la aplicación del tratamiento requerido por el paciente.

Se basa en la aplicación de las técnicas de manejo conductual a paciente, de acuerdo a las características conductuales derivada de su condición especial y de las características psico-socio educativas derivadas de su entorno, para lograr la confianza adecuada comunicación con él y su núcleo familiar.

2-Fase de aplicación de las técnicas odontológicas.

Es la fase sucesiva al abordaje en la que se aplican las técnicas odontológicas de acuerdo a las condiciones de salud enfermedad general y buco-maxilo-faciales del

paciente, destinadas a prevenir la aparición de enfermedad buco dental y fomentar los hábitos orales; eliminar los signos y síntomas de enfermedad buco dental y devolver la relación interdental física y funcionalmente.

Variaciones en la atención odontológica especial.

Variaciones en el abordaje.

Son los cambios que se introducen en la fase de abordaje del paciente con necesidades de atención odontológica especial derivado de sus características conductuales, que permitirá posteriormente aplicar las técnicas odontológicas requeridas según la condición de salud – enfermedad general y buco-maxilo-facial del paciente.

VARIACIONES EN LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS ODONTOLÓGICAS.

Son los cambios que se introducen en la fase de aplicación de las técnicas odontológicas del paciente con necesidades de atención odontológica especial, derivados de sus características de salud enfermedad general y buco-maxilo-facial; que permitirán sanear y/o rehabilitar al paciente evitando consecuencias que pudieran comprometer su estabilidad sistemática y hasta su vida.

CONDUCTA DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Se debe tomar en cuenta antes del tratamiento de estos pacientes especiales , la actitud inmanejable o no cooperadora que pueden presentar, de acuerdo a las observaciones realizadas, se ubican los pacientes en la siguiente clasificación: (Según Gómez, 1992).

Paciente Agresivo: Es aquel niño que se presenta con una conducta ofensiva, no en el sentido de agresividad física, sino que establece una coraza para dar respuesta a un estímulo que él considera nocivo, en este caso, la aplicación de un tratamiento odontológico. Su actividad es negarse a realizar cualquier acción que se le pida. Así como también puede ser 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 Paciente Malcriado; Es el producto de padres sobre protectores, generalmente. No obedece a las ordenes, hace lo que él quiere y esta consciente del apoyo incondicional del padre ante cualquier acción que él realice, porque lo justificaran, otro tipo es Paciente Cooperado; Es aquel que aunque presente algún trauma previo para 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. Estos elementos determinaran la conducta del operador para el abordaje que tendrá como objetivo final llevar al paciente al renglón de “cooperador”. Estableciendo a través del interrogatorio y observación al paciente y actuar para eliminar el factor negativo que produce tal situación y modificación

CLASIFICACIÓN DE LAS ESFERAS PSICOEDUCATIVAS

Se refiere a la situación cognoscitiva que expresa el individuo con necesidades especiales con déficit intelectual, derivada de su condición de salud-enfermedad general u/o de su condición psico-socio-educativa que nos permite determinar el procedimiento de comunicación efectiva para lograr aplicar la técnica de abordaje y tratamiento odontológico.

En la esfera educable, se utiliza la técnica explicativa, visual y la experiencia imitativa, donde el paciente estará en capacidad de adquirir una unidad de aprendizaje en una sesión utilizando la técnica narrativa, comprendiendo e interpretando ese contenido para su posterior repetición sin dificultad.

En la esfera de entrenable, se utiliza la técnica visual y de percepción de la experiencia imitativa, gratificando las respuestas positivas y castigando las negativas. En esta esfera el paciente tiene la capacidad de adquirir una unidad de aprendizaje en una sola sesión a través de vocablos y ordenes sencillas, dando mayor importancia a la fijación de imágenes visuales.

En la esfera de condicionable, se utilizan las técnicas de condicionamiento operante (no se entra en detalle en la técnica de atención en esta esfera por cuanto no están sistematizados).

La ubicación de estas esferas no es rígida, por lo que un paciente puede ubicarse entre dos esferas de acuerdo a las observaciones realizadas.

Para el diagnóstico de la esfera psicoeducativa se debe llevar a cabo el siguiente procedimiento;

- ❖ Se le proporciona el cepillo dental, y la crema dentrífica al niño y se le indica que realice el cepillado de sus dientes. Se observa si:
- ❖ Presta atención, entiende y lo hace.
- ❖ Presta atención, pero requiere ayuda para realizar la acción, no ubica los planos espaciales y responde a la imitación.
- ❖ No presta atención, actúa sin coordinación, no responde a las ordenes sencillas (Ej. ;cepillate), se encuentra desubicado.

Este ítem tiene como objetivo la ubicación de la esfera: si responde (A) es educable; si responde (B) es entrenable; si responde (C) es condicionable. En caso de que sea incapaz de explicar y se requiere diferenciar entrenable de condicionable , o confirmar la esfera de entrenable se le demuestra la técnica de cepillado, utilizando la técnica visual y de la experiencia imitativa .(Según Gómez, 1992)

NECESIDADES TERAPÉUTICAS DEL PACIENTE CON RETRASO MENTAL.

Las personas minusválidas tienen derecho a la misma asistencia que cualquier otro individuo. Sin embargo, en algún caso concreto hay que tener en consideración ciertos factores especiales de como la planificación terapéutica debe contemplar la valoración de la capacidad de cooperación del paciente, su posibilidad de comprender y seguir instrucciones sencillas, así como el pronóstico de la enfermedad y la expectativa de vida del sujeto. Otro aspecto que hay que tener en cuenta es la capacidad del paciente para responsabilizarse de su propia salud oral o bien la posibilidad de que cuente con la ayuda adecuada. Finalmente, se debe considerar cuál es el número de odontólogos disponibles para asegurar no sólo el

tratamiento actual, sino también la asistencia en las futuras revisiones (Según Sydney, 1992).

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PARA EL MINUSVALIDO

Las distintas condiciones de vida de los niños minusválidos dificultan grandemente la adopción de un único abordaje estandarizado de odontología preventiva, tomando en cuenta que cada vez son mas los minusválidos que viven en su propio domicilio. (Según Leixt, 1991).

Durante la infancia, el minusválido puede hacerse beneficiario de las medidas colectivas que ponen en marcha los centros de salud y, posteriormente, integrarse en distintas escuelas. Mantener al niño minusválido en la familia impone casi siempre grandes exigencias a los padres, médicos, psicólogos, fisioterapeutas y los maestros es por lo que se aconseja el empleo de técnicas habituales para la asistencia y estimulación del desarrollo infantil, pero los hábitos de alimentación e higiene oral son, con frecuencia, los primeros que se descuidan en una situación de sobrecarga, destacando la importancia de tener en cuenta la responsabilidad adicional que puede depositarse en los padres.

Durante algunos periodos del tratamiento será preciso contar con profesionales dentales que apliquen programas preventivos individualizados con terapéutica intensiva de administración de fluoruro.

También es importante que el personal dental se acostumbre a la idea de visitar al minusválido en su propio domicilio. (Según Pico, 1993).

Los niños residentes en instituciones especiales su programa preventivo debe adoptar medidas colectivas del tipo de consejos dietéticos, instrucciones de higiene oral y profilaxis de administración de fluoruro, además de medidas individuales. Las enfermeras asistentes deben encargarse de los hábitos diarios.

Si los médicos responsables del centro comprenden de forma positiva el valor de la odontología preventiva, los pacientes residentes dichas instituciones podrán presentar una excelente condición oral.

El niño debe ser examinado por el dentista poco después de su ingreso, mientras que un higienista o una enfermera dentales, visitaran la sala y comentaran los problemas del niño con el personal de enfermería, a continuación el programa preventivo individual se planificará en una reunión de grupo.

Es aconsejable registrar el grado de placa y la situación gingival a intervalos regulares mediante índices sencillos. Este programa debe ser revisado anualmente en la clínica dental.

Es muy conveniente que las practicas habituales de cada día, realizadas por el personal de enfermería, sean complementadas con visitas regulares de higienistas dentales especializadas en profilaxis.

La frecuencia de estas visitas dependerá, naturalmente, de las necesidades individuales, y de la disponibilidad del personal, pero en ningún caso el intervalo entre ellas debe exceder de 3 o 4 semanas.

CAPITULO III

TÉCNICAS PSICOEDUCATIVAS PARA EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO AL NIÑO CON RETARDO MENTAL.

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 de las técnicas de atención odontológica por otro.

La educación especial es aquella que va dirigida a satisfacer las necesidades de la población excepcional, en este caso, el retardo 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 adaptación de incapacidades y adaptación social.

Los educadores clasifican a los retrasados mentales para fines educativos en los subgrupos de educables, entrenables y custodiables considerando a la población escolar a los dos primeros e institucionable al último, no habiendo diseñado métodos efectivos para enseñarles.

Al subgrupo de educables, se les educa para el dominio de la lectura y escritura, al entrenable para la adquisición de habilidades rudimentarias en el cuidado de si mismos y en procesos de socialización y comunicación oral, ya que no tienen la capacidad de dominar el aprendizaje de lectura y escritura. (Según Santillan,1995).

CONOCIMIENTO ODONTOLÓGICO.

El conocimiento odontológico esta compuesto, por una serie de técnicas de atención odontologica , las cuales van a ser usadas de acuerdo al tipo de paciente que se presente en (Según Morris, 1992)

-Técnicas preventivas: Destinadas a prevenir la aparición de enfermedades buco dental y fomento de hábitos orales la aplicación de sustancias que limitan la instalación de los agentes productores de la enfermedad (flúor y sellantes de puntos y fisuras, etc.

-Técnicas curativas: Que son aquellas que eliminan los signos y síntomas de la enfermedad buco dental y son: la operatoria (eliminación de caries), la endodoncia

(terapia de la pulpa dentaria), la exodoncia (eliminación de una unidad dentaria de cavidad bucal) y la periodoncia.

-Técnicas de rehabilitación: Aquellas actividades tendientes a devolver al individuo la relación interdentaria (oclusión) física y funcionalmente a través de la instalación de prótesis, ya sean parciales o totales a la aplicación de técnicas ortopédicas u ortodóncicas.

Por otro lado, el conocimiento que consiste en la organización de los elementos tecnológicos, instrumentales, materiales y administrativos permiten la dotación al odontólogo para aplicar su conocimiento profesional y transformarlo en actividad, acción de salud.

De todo este conocimiento profesional del sistema, se extrajeron los elementos necesarios para la educación del paciente que permita no solo el abordaje sino también una atención odontológica adecuada y de alta calidad. Así se entendió que la operatividad (la aplicación profesional odontológica sobre el paciente), produce sensaciones, que a criterio de la autora de esta investigación, cuando son desconocidas, extrañas al individuo, las tiende a rechazar, magnificando sus sensaciones y cuando por cualesquiera sea la circunstancia es obligado a recibir estas técnicas, es traumatizado psicológicamente.

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 produce la

atención odontológica por ejemplo, la sensación de la turbina (elementos relativos 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 en las mas complejas utilizando la educación especial para lograr los objetivos planteados.

TÉCNICA PSICOEDUCATIVA PARA EL ACTO ODONTOLÓGICO

Para cada técnica clínica odontológica se procede en una primera instancia a la educación del paciente para recibir la actividad indicada para su rehabilitación (Según McDonald, 1990).

La introducción a la clínica para cada paciente (educable, entrenable, y condicionable), se inicia con el examen clínico y las acciones preventivas en el sillón dental. Dependiendo del nivel psicoeducativo 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 que adopta el sillón, narrándole el sentido de la posición Ej. : arriba, abajo, acostado, etc., se le enseña a:

Recibir el agua de la jeringa y de la turbina y a escupirla, a realizar la señal de detener el acto odontológico al recibir sensación de molestia o dolor para transmitirlo al operador, a recibir el chorro de aire. Se le explica la sensación que produce cada instrumento y se le hace sentir dicha sensación: de raspado del diente, la sensación de rotación de los instrumentos, en primer lugar con baja velocidad, con cepillos para torno.

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. En los casos de entrenables, se les demuestra la sensación a recibir en la mano.

Para la anestesia no se debe mostrar la aguja, solo cuando el paciente esta educado se debe Mostar la jeringa, el cartucho de anestesia y la porta aguja. 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, ya que por las características del tejido, mucosa y planos, así como el instrumento (aguja), sino es forzado no producirá ni la sensación de pinchazo, al mismo tiempo que el contenido anestésico en el sitio adecuado anestesia rápidamente y no se recibe sensación dolorosa.

Para educar al paciente para el acto anestésico se mimetiza el procedimiento previo al examen clínico y profilaxis, realizando el simulacro en las zonas que interese anestesiarse, hasta que el paciente pierda la aprehensión ante el procedimiento. Si es necesario, se aplicará el número de sesiones pertinentes hasta conseguir la educación necesaria para la aplicación de las técnicas que cada paciente requiera.

Se recomienda que las actividades de exodoncia y otros actos quirúrgicos realizarlos al final del proceso terapéutico.

Es aconsejable el empleo sistemático de apoyos bucales protectores durante procedimientos restaurativos, ya que evitan lesiones al paciente y al odontólogo si la mandíbula de cierra violentamente.

Estos protectores deberán retirarse de la boca del paciente para proporcionarle frecuentes periodos de descanso, ya que los músculos del niño se cansan con facilidad.

Todo tipo de ayuda, como apoyos bucales, torundas de algodón y grapas de dique de caucho, que puede ser fácilmente desalojadas de la boca del niño, deberán ligarse firmemente a un pedazo de seda dental para poder extraerlas rápidamente en caso de que el paciente hiciera movimientos de deglución o aspiración.

En estos niños, el reflejo tusígeno frecuentemente esta retrasado, por lo que es esencial el empleo liberal de equipo de aspiración para eliminar cualquier desecho de la cavidad bucal.

Nunca podrá ser excesiva la importancia concedida a la odontología preventiva para niños impedidos.

FUNCIONES DE LA HIGIENISTA O ASISTENTE DENTAL DURANTE EL ACTO ODONTOLÓGICO.

La misión de los auxiliares dentales en el programa de odontología preventiva para niños minusválidos se considera muy necesaria debido a la gran variedad de conductas que se presentan y de las diferentes edades de estos niños, lo que hace necesaria su ayuda para el tratamiento (Según Rada, 1992).

Instrucción y entrenamiento de los pacientes educables o capaces de ocuparse de su propia higiene. Demostraciones en modelos y en la cavidad oral utilizando soluciones reveladoras de la placa.

Instrucciones sobre cuidado y limpieza de las prótesis y sobre la higiene oral de la boca parcial o totalmente dentada.

Higiene oral en pacientes incapaces de seguir un régimen adecuado. Instrucción y entrenamiento del personal de enfermería en lo referente a los procedimientos de higiene aplicables a los pacientes inconscientes o de difícil manejo.

Aplicación tópica de fluoruros siguiendo las directrices del odontólogo y Solicitar consulta con el odontólogo cuando se sospeche patología.

Existe muy poco material informativo y apenas algunos programas audiovisuales para la instrucción y motivación del minusválido, de sus padres y de las personas que se encargan de ellos.

Se necesitarían folletos sobre manifestaciones orales de las enfermedades invalidan tez específicas, diapositivas o películas sobre procedimientos de higiene oral especialmente indicadas para los pacientes encalmados y poco colaboradores, etc. Por tanto, los odontólogos tendrán que preparar su propio material hasta que se ponga en marcha la producción de este, en el ámbito nacional. Disponible: www.dentalworld.com. [Consultado: Noviembre de 2001].

En este sentido la Odontología Preventiva: alimentos y dieta. La mayoría de las personas incapacitadas tienen los mismos requerimientos nutricionales que los individuos normales. La edad y la actividad física influyen más en la dieta, en el número de comidas, etc, que la existencia o no de una incapacidad. (Según Neuman, 1991).

Actualmente, los profesionales médicos y odontólogos están de acuerdo sobre los principios dietéticos básicos, aconsejando 3 comidas principales y al menos 1 o incluso 2 intermedias. Las comidas deben ser equilibradas y ricas en proteínas para

satisfacer el apetito durante un tiempo suficientemente largo, de forma que se evite el deseo de hacer pequeñas ingesta irregulares entre horas.

La atención del odontólogo debe centrarse en la ingestión de sacarosa que realiza el paciente y especialmente la contenida en golosinas y bebidas, tal como hemos dicho al hacer referencia a la población general. (Ob .Cit)

Es preciso, a este respecto, establecer ciertas limitaciones, los niños y muchos adultos mentalmente disminuidos no pueden tener un libre acceso a los dulces. Naturalmente, hay que indicar a los padres y al personal de enfermería que no tiene objeto una prohibición total, pero que es preciso seguir ciertas normas.

Así mismo, hay que recordar con cierto tacto a los visitantes de este tipo de instituciones que tengan más imaginación a la hora de escoger sus regalos. No hay que emplear tampoco, los dulces como estímulo o recompensa en los programas de desarrollo de aptitudes, pues pueden ser igualmente útiles algunas frutas, pequeños juguetes, etc.

Como consecuencia de la propia enfermedad y del tratamiento sedante que reciben muchos minusválidos sufren sequedad de boca, que les obliga a beber con frecuencia. La bebida más aconsejable entre las comidas es simplemente el agua, y cuando exista cierta predilección por las bebidas edulcoradas, estas pueden ser sustituidas por agua helada. Por otra parte, conviene recordar que muchos fármacos líquidos contienen grandes cantidades de sacarosa. Disponible:www.dentalworld.com. [Consultado: Noviembre de 2001].

Es imprescindible informar debidamente sobre estos aspectos a los propios minusválidos y a las personas responsables de su asistencia. Como el mensaje es sencillo e incluso trivial, hay que dotarlo de fantasía y variación. Es importante insistir en que, simplemente con pequeñas restricciones y un poco de sentido común en el uso de la sacarosa, se puede conseguir una disminución muy gratificante en la actividad de caries del paciente, realidad de la que el minusválido suele ser un ejemplo excelente. Cuando los padres de los niños disminuidos o las personas encargadas de ellos hacen suyas las reglas básicas de la dietética y la nutrición, la prevalencia de caries en estos niños es inferior a la de la población general.

INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO UTILIZADO PARA LA HIGIENE BUCAL

Existe una variedad de equipo auxiliar para la higiene oral entre los que se pueden mencionar el cepillado dental este sigue siendo el medio principal para conseguir una higiene oral aceptable. Así como los padres deben responsabilizarse del cepillado dental de sus hijos pequeños, las personas con incapacidades graves pueden precisar ayuda en su higiene oral. Sin embargo, siempre que sea posible, es preciso enseñar al minusválido a realizar sus propias medidas de higiene, para lo que es fundamental incluir esta en los programas de rehabilitación. Disponible: www.odontología.org.com. [Consultado: Noviembre de 2001].

Con la colaboración de los fisioterapeutas y maestros del niño puede ponerse en marcha un programa gradual que parte de la identificación de la boca y de los dientes y contemple las instrucciones sobre el aclarado de la boca, el manejo del cepillo, etc. En algunos casos pueden conseguirse resultados aceptables modificando el mango del cepillo utilizando el cepillo eléctrico en niños con trastornos motores.

Si están afectadas las actividades motoras de la lengua, los labios y las mejillas, los mecanismos de auto limpieza de la cavidad oral pueden resultar insuficientes, por lo que el cepillado deberá suplirse con la irrigación de los pliegues mucosos.

Es preciso también inspeccionar la cavidad oral de los pacientes tras la administración de fármacos, ya que si por ejemplo, quedan tabletas en el vestíbulo, pueden irritar las membranas mucosas y producir las llamadas quemaduras por fármaco.

Se han efectuado numerosas investigaciones dirigidas a descubrir agentes químicos o enzimas con capacidad de reducir de forma permanente la microflora oral patógena.

En los últimos años, la clorhexidina (habitane) ha sido el compuesto más utilizado. Evidentemente, no debe utilizarse este fármaco de forma habitual, si bien los enjuagues diarios con solución de clorhexidina al 0,2% durante 1 o 2 semanas, pueden producir una reducción espectacular de la intensidad de la inflamación de los tejidos blandos orales, posibilitando a un paciente abandonando las condiciones para empezar a someterse a las medidas de depuración e higiene oral convencionales. Disponible: [http/ online. Portal. new.htm](http://online.Portal.new.htm) [Consultado: Enero 2000].

Topificaciones de Flúor. Consiste en un profundo cepillado mecánico de los dientes del niño. Se efectúa con una pasta de limpieza de uso profesional y la aplicación posterior de una solución fluorada, cuya concentración aumenta la resistencia del esmalte del diente a la caries dental.

Obturaciones preventivas: son aplicados en la superficie masticatoria de los dientes posteriores (premolares y molares), esta resina plástica penetra en las fosas y fisuras de los dientes. Es una barrera que protege al esmalte del ataque de las bacterias. Disponible: www.needitdirectorio.htm. [Consultado: Noviembre de 2001].

CAPITULO IV

ANALIZAR LAS INVESTIGACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA AL NIÑO CON RETRASO MENTAL DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

Actualmente, los padres de niños impedidos saben que estos necesitan cuidados de expertos en cuanto a tratamientos dentales restaurativos y preventivos. Los odontólogos se han forzado enormemente por satisfacer esta necesidad.

Los programas de las escuelas odontológicas incluyen instrucción en técnicas de tratamiento especial para niños impedidos por lo en este campo se observa el enorme progreso en la investigación, debido al estado dental de los niños impedidos puede estar relacionado directa o indirectamente con sus impedimentos físicos o mentales.

Se celebró en Madrid España el XV Congreso Mundial de Odontólogos para Discapacitados y pacientes especiales en este encuentro se debatió sobre la atención bucodental a discapacitados físicos y sensoriales como los sometidos a tratamientos con anticoagulantes.

Se indicó que estos pacientes y sus familias “ no encuentran odontólogos que estén entrenados para tratarlos de forma eficaz” siendo por ello que reclaman “la creación de centros de referencia en ciertos hospitales y que se lleve a cabo una atención estomatológica capaz de atender a estos pacientes que en ocasiones requieren de anestesia general o sedación”.

Es por lo que se propone un plan de estudio donde se incluya una asignatura sobre odontología integrada de pacientes especiales además de disponer de cursos de postgrado este es impartido a 5 odontólogos cada año. Disponible: <http://teaps.org/voces/326/326-odontologia.htm>. [Consultado: Noviembre de 2001].

Una de las problemáticas de salud que enfrenta la población Brasileira es el gran número de niños con necesidades especiales, es por ello que tienen la necesidad de establecer programas para la prevención de enfermedades buco dentales en pacientes especiales, ya que estos son portadores de necesidades especiales según su condición física, es por lo que se imparte cursos a odontólogos para la capacitación del profesional y de igual forma la utilización de ciertos instrumentos de tamaño reducido.

Los pacientes especiales presentan complicaciones en la función de masticación y deglución por la que se evita los focos de infección. Los deberes normales y especiales deben ir al odontólogo desde que aparece en la boca sus dientes temporales para así realizar programas preventivos de caries y otras afecciones bucales, entre

ellos se destacan los cuidados especiales como son en primera instancia el ciudadano básico de la higiene cepillado dental uso de hilo dental, la dieta debe ser nutritiva evitando alimentos ricos en azúcar y no pastosas a los horarios conectores e ingerir lo menos posible los refrescos, y las tonificaciones de flúor a través de los dendritos diariamente o de soluciones fluoradas caseros según se lo permitan las limitaciones del pacientes. Disponible: [www.omniasc.es/sociedad odontólogos.htm](http://www.omniasc.es/sociedad_odontólogos.htm). [Consultado: Noviembre de 2001].

La Universidad de Buenos Aires, Argentina realizó un estudio para evaluar el comportamiento de niños de difícil manejo, utilizando la técnica de modelado con video preoperatorio en pacientes de 4 a 6 años de edad.

La muestra consistió de 15 minutos con experiencia odontológica previa, cuyo comportamiento fue clasificado como definitivo o levemente negativo de acuerdo con la escala de Franki, cada niño se atendió en dos citas; en la primera se sometió a un tratamiento restaurador convencional, previo a la segunda cita, los pacientes observaron un video donde se mostró la atención de un niño de buen comportamiento. Inmediatamente después, recibió tratamiento similar al de la primera cita obteniendo como resultados;

Durante el momento de aplicación de anestesia, del 100% el 53,3% mejoró su comportamiento de la primera a la segunda cita, el 40% (6 pacientes), mantuvo su mismo comportamiento y solo el 6,6% empeoró su comportamiento.

En el momento del tallado cavitario, el 73,3% del total de pacientes, mejoró su comportamiento en relación con la primera cita luego de ser aplicada la técnica, mientras que el 26,7% restante mantuvo su comportamiento; ningún paciente empeoró.

Al colocar la restauración de los 15 pacientes atendidos, solo uno empeoró su comportamiento y el resto lo mantuvo o lo mejoró, es decir, el 60% subió en una categoría en la escala de Franki y el 33,2% mantuvo su comportamiento de definitiva y levemente positivo, en un 26,6% y en un 6,65% respectivamente. Disponible: www.universidad de Buenos Aires.odontopediatria.htm. [Consultado: Diciembre de 2001].

Debido a la poca información que existe sobre este tema se realizaron una serie de entrevistas a profesionales especializados en la atención de niños especiales, con el fin de conocer su experiencia en el tratamiento y abordaje de este tipo de pacientes

ENTREVISTA

Entrevista no estructurada al Dr. Diego González Castañon, Odontólogo de Niños Especiales realizada en noviembre de 2001.

1.- Como se realiza el abordaje odontológico del niño con retraso mental durante la consulta odontológica?

En un principio y solo para dar un marco general las personas con retraso mental necesitan un abordaje similar al de los niños en consulta odontológica (lo que quiere decir un abordaje infantil o infantilizante). Requieren, casi siempre estar acompañados por una persona de su entorno familiar.

2.- Existe algún tipo de diálogo con el paciente durante la consulta?

No pregunta por si mismo, el diálogo se hace por encía de ellos entre el profesional y el acompañante; a veces, unas pocas frases simples, mirándolo al ojo, bastaran para que tomen conciencia de que el paciente es él y que todo lo que se habla allí es de u interés. Hay que implicarlos de tal modo que sean ellos el motivo central de la consulta.

3.- Qué obstáculos se presentan para poder tratar al niño con retraso mental ?

Lo principal y más importante es lograr que el paciente llegue a la consulta, ya que siempre dependen de alguien que gestione la misma, que los lleve y que pague. Incluso si tienen un grado de autonomía importante, las personas con retraso mental no suelen tener como prioridad el cuidado de su salud general y en especial la dental.

4.- Qué quiere lograr usted como odontólogo después de haber realizado el tratamiento odontológico

Que luego de la consulta, el tratamiento instituido y los hábitos higiénico profiláctico sean incorporados y mantenidos. Las personas con retraso mental a veces acompañan su déficit intelectual con un déficit en la capacidad de controlar sus movimientos corporales, es decir, que no solo les cuesta incorporar hábitos sin la ayuda de otras personas que los apoye y se los recuerde, sino que les cuesta cumplir con el hábito en sí.

5.- Cuales son las enfermedades odontológicas que más se presentan en estos niños

Las enfermedades gingivales, caries dental, maloclusiones, traumatismos y bruxismo.

ENTREVISTA

Entrevista no estructurada al Dra. Milagros de Garcia, Pediatra Especialista en niños Síndrome de Down, realizada en Noviembre de 2001.

1.- Como se realiza el abordaje durante la terapia del niño con retraso mental durante la consulta odontológica?

Primero hay que controlar la hiperactividad con terapias para tranquilizar, usando un lenguaje adaptable para su condición. Segundo empleando la técnica decir, mostrar, hacer, para que le sepa todo lo que se le va a realizar y se sienta más seguro durante su tratamiento.

2.- Existe algún tipo de diálogo con el paciente durante la consulta?

Hay gran variedad en cuanto al nivel de habilidades mentales, comportamiento y desarrollo de los individuos con Síndrome de Down aunque el grado de retraso puede variar entre leve y severo. Al encontrarnos en el caso leve podemos realizar un diálogo corto, sencillo explicándole el por qué de cada cosa para lograr la aceptación de este ante el tratamiento.

3.- Qué obstáculos se presentan para poder tratar al niño con retraso mental ?

Por sus limitaciones físicas presentan incapacidad de evitar realizar movimientos musculares a pesar de su estado de conciencia. De igual forma se presentan abundantes temores, frustraciones, depresivos, son muy mimados, introvertidos lo que dificulta en ocasiones su tratamiento.

4.- Qué quiere lograr usted como pediatra después de haber realizado el tratamiento

Lograr que estos programas de desarrollo infantil provean a los padres de una instrucción especial, con el fin de que ellos aprendan la mejor forma de enseñar a sus niños el lenguaje, medios de aprendizaje, forma de ayudarse así mismo, así como forma de comportamiento social y ejercicios especiales para el desarrollo motriz.

5.- Cuales son las enfermedades que más se presentan en estos niños

Por lo general estos individuos con Síndrome de Down típicamente son más pequeños que sus compañeros normales y su desarrollo físico e intelectual es más lento, aparte de su aspecto físico estos niños experimentan problemas relacionados a la salud por causa de la baja resistencia, son más propensos a problemas respiratorios.

Los problemas visuales, como ojos cruzados y la miopía, deficiencia de habla y del oído.

CONCLUSIONES

La posibilidad de aumentar el nivel de cooperación de los niños con retraso mental en la consulta odontológica tiene relación con la capacidad del equipo de odontólogos para el manejo de la conducta de estos niños, aprovechando su nivel de aprendizaje, para lo cual es indispensable que el profesional conozca y maneja la historia psicológica del paciente, sin lo cual no sería posible la comprensión y orientación de cada caso en particular, dentro de la relación odontólogo-paciente.

En cuanto a la actitud de los representantes, se puede decir que su resistencia a enfrentar el problema de la salud bucal del niño que presenta retraso mental, tiene varias causas como lo son: El hecho que no lo creen necesario, consideran más importante la salud mental que la bucal, el temor a que se conozca la condición excepcional del niño, así como el temor a que el odontólogo no atienda al niño. Sin embargo, hemos podido apreciar que los representantes están tomando conciencia que la salud bucal es uno de los aspectos importantes del cuadro clínico del niño.

Sin embargo la falta de personal competente o el agotamiento de los padres, junto con la escasa motivación del propio niño, favorecen el abandono de su higiene oral y el desarrollo de hábitos alimentario inadecuados, lo que favorece que la caries y la enfermedad periodontal pueden alcanzar niveles muy graves.

Dadas las limitaciones intelectuales del paciente, la introducción al tratamiento dental debe ser cuidadoso y detallado. Los niños retrasados mentales pueden mostrar cierta falta de concentración y una actitud caprichosa, por lo que odontólogo debe estar particularmente atento para evitar que el propio niño se auto lesione.

Con un abordaje preventivo sistemático ira disminuyendo el porcentaje de disminuidos mentales que precisen tratamiento dental bajo anestesia general.

Es primordial e importante conocer todos los avances científicos, que se realizan en otros países para ponerlos en practica mediante programas de desarrollo infantil que provean a los padres y especialistas (odontólogos) sobre la instrucción especial en su tratamiento con el fin de aprender la mejor forma de enseñar a estos niños todo lo referente a su salud bucal.

BIBLIOGRAFIA

- .- Cadavid, Paula. (2001). La eficacia de la técnica de modelado. Odontopediatria htm. Disponible www.Universidad de Buenos Aires. [Consultado 02 Diciembre de 2001].
- .- Gómez, Reina. (1992). Psicología del desarrollo .Tomo III. Universidad Nacional Abierta. Venezuela.
- .- Jaramillo, Natalia. (2001). Síndrome de Down. Síndrome de Down. Disponible: www.contusalud.com. [Consultado: 20 de Octubre de 2001].
- .- Leixt, Samuel. (1991). Odontología Pediátrica. Editorial Mundi Saif. Buenos Aires, Argentina.
- .- Marsellach, Gloria. (2000). El Retraso Mental. El Psicólogo en la red. Disponible: www.google.Elretrasomental.htm. [Consultado: 25 de Octubre de 2001].
- .- Mac Donald. (1990). Odontología Pediátrica y del adolescente. Editorial Panamericana 5º edición. Buenos Aires, Argentina.
- .- Morris, Braham. (1992). Odontología Pediátrica. Editorial Panamericana. México.
- .-Nuevas Investigaciones sobre la Clorhexidina.(2000). Avances Odontológicos. Disponible:[http// online.new.htm](http://online.new.htm). [Consultado: 14 de Enero de 2000].
- .- Neumann, Grader. (1991). Aparatología Ortodontica Removible.Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina.

- .- Pacientes Especiales. (2001). Odontología pediátrica. Disponible: [www.omniasc.es/sociedades odontologos.htm](http://www.omniasc.es/sociedades_odontologos.htm). [Consultado: 11 de Noviembre de 2001].

- .- Pico, Luis. (1993). Educación Psicomotriz y Retraso mental. Editorial Científica Médica. Barcelona, España.

- .- Pinkham, J. (1993). Odontología Pediátrica. Editorial Mc grawhill. Mexico.

- .- Rada, Lino. (1992). Estudio de la Coducta del niño en la Consulta Odontológica. Universidad de Carabobo-Facultad de Odontología. Venezuela.

- .- Ravaglia, Clemente. (2001). Aspectos Psicoclínico para la Atención Odontológica de los Pacientes con Discapacidad. Odontología en Argentina. Disponible: www.odontologia.arg.com. [Consultado: 28 de Noviembre de 2001].

- .- Retraso Mental/ Síndrome de Down. (2001). Necesidades Educativas Especiales en Internet. Disponible: www.needirectorio.htm. [Consultado: 20 de Noviembre de 2001].

- .- Rodríguez, Amado. (2001). Vigilancia y Evaluación de la Salud Bucal. Método de Observación y Control. Odontología general. Disponible: www.Dentalworld.com. [Consultado: 19 de Noviembre de 2001].

- .- Sabino, Carlos. (1993). Como hacer una Tesis. Guia para la elaboración y redacción de Trabajos Científicos. Editorial Panapo. Caracas, Venezuela.

.- Sanabria y Otros. (1996). Normas para la elaboración y presentación de proyectos de Investigación. Facultad de Odontología-Universidad de Carabobo.Venezuela.

.- Santillan. (1995). Diccionario Enciclopedico de Educación Especial. Editrial Panamericana 3° edición. México.

.- Silvestre. (2001). Xv Congreso Mundial de Odontología para Discapacitados y Pacientes Especiales. Nuestra Gente. Disponible: [http/ teaps/ voces/ 326/ 326 . odontología.htm](http://teaps/voces/326/326.odontología.htm). [Consultado: 15 de Noviembre de 2001].

.- Sydney, B. (1992). Odontología Pediátrica. Editorial Panamericana 4° edición. México.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
ASIGNATURA: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA AL NIÑO CON RETRASO MENTAL DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Autor: Muñoz, Sandra
Año: 2001

RESUMEN

El presente estudio proporciona información sobre, los procedimientos de atención odontológica, aplicado a los individuos con necesidad especial, que resulta al determinar sistemáticamente los parámetros derivados de la condición de salud-enfermedad general y buco-maxilo facial por un lado, y su condición psico socio educativo por el otro, a través del cual se logra la aplicación adecuada del tratamiento requerido de acuerdo a las características que presenta cada uno de ellos. Este tipo de educación va dirigida a satisfacer las necesidades de la población excepcional, en este caso el niño con retraso mental este tiene como meta final la integración social del individuo. Estos parámetros constituyen las premisas básicas de la técnica psicoeducativa para ser aplicado cualquier técnica odontológica de forma adecuada y efectiva necesarias para aplicar un tratamiento odontológico integral. Este tipo de investigación es de tipo documental dando a conocer investigaciones tanto nacionales como internacionales las cuales dan una mayor orientación al personal docente y estudiantil acerca del tratamiento del niño con retraso mental. Se establecieron conclusiones que permiten determinar el procedimiento de comunicación efectiva para lograr aplicar la técnica de abordaje y tratamiento odontológico más adecuado a dicha condición.