



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**INTERACCIÓN ENTRE EL ODONTÓLOGO Y EL
PACIENTE INFANTIL CON PARÁLISIS CEREBRAL.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

YESSICA MARLEN LÓPEZ AGUILAR

TUTOR: Esp. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES

ASESOR: Mtro. RUBÉN LÓPEZ PÉREZ

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Inspirada en el Ángel que ilumino
mi vida, mi hermanito Adrián.*

*Existe en el mundo el lenguaje del
entusiasmo, de las cosas hechas con
amor y con voluntad, en busca de
aquello que deseamos y la
posibilidad de realizar un sueño; es
lo que hace que la vida sea
interesante.*

Y.M.L.A.

Agradecimientos

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer, algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, es por ello que este trabajo está dedicado a todas ellas que con paciencia, amor, esfuerzo, confiaron en mí y me brindaron su apoyo.

A Dios, por permitirme llegar hasta este momento importante de mi vida y lograr cumplir uno de mis sueños.

A mis padres y hermana, por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones y saberme guiar hasta este momento.

A mi hermanito Adri, por enseñarme el valor del amor eterno e incondicional y que no hay sueño alguno que no se pueda realizar. Por siempre en mi corazón.

A mi amor, por tu apoyo, comprensión y amor que me permite sentir que puedo lograr lo que sea. Por escuchar y ser parte de mi vida. Siempre juntos, siempre fuertes.

A cada miembro de mi familia, por ser la mejor familia que puede existir y porque siempre creyeron en mí.

A todos mis amigos, que estuvieron conmigo a lo largo de todo este proceso y por estar siempre en esos momentos tan difíciles de mi vida.

A mi tutora, por ser paciente, comprensiva y tener disposición para que este trabajo saliera adelante.

A cada persona que dios puso en mi camino, que me dio la oportunidad de conocer para así poder crecer como persona.

MARLEN

ÍNDICE

INTRODUCCION	6
1. Parálisis Cerebral Infantil	
1.1 Definición	8
1.2 Etiología	9
1.2.1 Factores de riesgo	10
1.3 Incidencia	11
1.4 Clasificación. Tipos y características.	11
1.4.1 Según la localización de la lesión cerebral	12
1.4.2 Según la zona afectada	14
1.4.3 Según la región anatómica afectada	14
1.4.4 Según el tono muscular	15
1.5 Signos y síntomas clínicos	15
1.6 Manifestaciones bucales	17
2. Actitud del odontólogo ante un paciente con Parálisis Cerebral Infantil	
2.1 Actitud	19
2.2 Actitud positiva	20
2.3 Actitud negativa	20
2.4 Actitud neutra	20
3. Principales problemas que enfrentan los pacientes infantiles con Parálisis Cerebral para su atención odontológica	
3.1 Falta de comunicación verbal y no verbal	21
3.2 Problemas motrices	22
3.3 Problemas posturales	23

3.4 Discriminación	24
4. Factores que intervienen en la consulta odontológica de pacientes infantiles con Parálisis Cerebral	
4.1 Emocionales	25
4.1.1 Miedo	25
4.1.2 Ansiedad	25
4.1.3 Estrés profesional	27
4.2 Actitud de los padres	28
4.3 Accesibilidad	29
4.3.1 Instalaciones	29
4.3.2 Equipo odontológico	30
4.4 Odontólogos capacitados	31
5. Interacción del odontólogo y el paciente con Parálisis Cerebral Infantil	
5.1 Interacción social	33
5.2 Interacción psicológica	34
5.3 Interacción física	36
6. Estrategias de Intervención	39
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	53
GLOSARIO	60



INTRODUCCIÓN

En la actualidad va en aumento el número de pacientes con discapacidad (ya sean físicas, sensoriales, psíquicas y/o intelectuales) que se presentan a la consulta odontológica. En el grupo correspondiente a niños con discapacidad física del tipo motor, se encuentran los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil, este trastorno se caracteriza por alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura.

Para este grupo de pacientes existe poca información sobre sus necesidades de salud bucal o simplemente los odontólogos encargados de la salud bucal, no están capacitados para dar atención a este tipo especial de pacientes, ya que en las instituciones de enseñanza la información que se brinda acerca de estos pacientes es escasa.

Además, el profesional en muchas ocasiones presenta una actitud desfavorable para tratar las necesidades odontológicas que pueden presentar los pacientes con discapacidad motora, remitiéndolos a instituciones hospitalarias para su atención, creyendo que siempre es necesario contar con un equipo especial o sofisticado.

Los pacientes con discapacidad motora podrán acceder a la consulta odontológica, si existen las mejores condiciones y accesos libres de barreras arquitectónicas en el consultorio dental o en las instituciones dónde prestan servicios dentales, como es el uso de rampas y elevadores.



El profesional debe brindar una atención dental lo mejor posible a cada paciente de acuerdo a sus necesidades y sí se desea optimizar la atención odontológica, se tendrá que mejorar la comunicación con el paciente y con los padres.

Así mismo, los profesionales deberán mostrar actitudes positivas y conductas apropiadas. Y así, se podrá disminuir el aislamiento y discriminación al que están confinados estos pacientes por parte de los odontólogos, para recibir atención odontológica.

El presente trabajo tiene como objetivo explicar y relatar cómo es que la interacción del odontólogo juega un papel muy importante en la atención dental de los pacientes con discapacidad de los cuales haremos referencia únicamente a los niños con Parálisis Cerebral, ya que éstos pacientes por su disfunción motora y alteración en la comunicación sufren un mayor aislamiento y por lo tanto no reciben una adecuada atención odontológica.

Además, se pretende identificar las razones por las cuales un odontólogo no es capaz de interactuar con estos pacientes y como se proponen estrategias de intervención para mejorar esta actitud. De igual forma, se revisarán los conocimientos obtenidos durante su formación profesional sobre, las diversas técnicas de manejo y control de conducta para disminuir el miedo y la ansiedad del paciente infantil.



1. PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

La Parálisis Cerebral (PC) también es conocida como Parálisis Cerebral Infantil (PCI). El término *Parálisis* se refiere a una debilidad o problema en la utilización de los músculos que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. Mientras que el término *Cerebral* quiere resaltar que la causa radica en una lesión en las áreas motoras del cerebro.¹

1.1 Definición

De las definiciones que existen en la literatura, las más significativas mencionan diferentes términos por lo que se diseñó de forma concreta la siguiente definición:

Parálisis Cerebral Infantil. Es un grupo de trastornos crónicos que afectan el tono muscular, postura y daños a nivel motor, resultado de una lesión neurológica no progresiva en el Sistema Nervioso Central (SNC), ocurrida en las etapas prenatal, perinatal o primera infancia.^{2,3,4}

¹ Madrigal Muñoz A, *La Parálisis Cerebral* [página en Internet] Observatorio de la discapacidad [Citado el: 15 de Agosto del 2011] Disponible en: [http://: www.aspace.org](http://www.aspace.org)

² Lorente Hurtado I, *La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento.* Rev. Pediátrica Integral. 2007; XI, (8): 687–698.

³ Martínez y Martínez R, *Salud y Enfermedad del niño y del adolescente*, 6ª edición, México: Editorial Manual Moderno, 2009, pp. 1167-1171.

⁴ M. Salas A, *Síndromes Pediátricos. Fisiopatología clínica y terapéutica*, 4ª edición, México: Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1992, pp.55-64.



1.2 Etiología

La parálisis cerebral puede ser el resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo, aunque a ciencia cierta el factor que la originó, no siempre se conoce. Aún así, se debe identificar la causa del trastorno y el tiempo en el cual la agresión al SNC tuvo lugar.⁵

1.2.1 Causas relacionadas con el nacimiento

◆ *Prenatales*

Etapa desde la concepción hasta el nacimiento. Es la causa más frecuente de PCI, en niños a término; en las que se encuentran las infecciones intrauterinas (toxoplasmosis), malformaciones congénitas cerebrales de etiología diversa; enfermedades virales (rubeola, citomegalovirus, herpes)⁶; procesos vasculares (hemorragia intracraneana); causas genéticas (trisomías, mosaicismos).⁷

◆ *Perinatales*

Tiempo inmediatamente posterior al parto o nacimiento. Anoxia cerebral, asfixia, hemorragia cerebral⁸ (asociada a prematuridad y bajo peso); encefalopatía hipóxico - isquémica; trastornos circulatorios (shock neonatal); infecciones (sepsis o meningitis), trastornos metabólicos (hipoglucemia) y lesiones traumáticas cerebrales.⁹

⁵ Lorente Hurtado I, Op. Cit. pp. 8

⁶ Bermejo GN, Romero Velarde MR, *Tratamiento Odontopediátrico integral en parálisis cerebral. Reporte de un caso*, Rev. Odontología San Marquina. 2005; 8(2): 25-30.

⁷ Navarro Melendro AM, Op.Cit. pp. 8

⁸ Ib.

⁹ Campos P, Bancalari E, Castañeda C, *Etiología en Parálisis Cerebral*, Rev Med Hered. 1996; 7:114-118.



◆ **Postnatales**

Etapa después del nacimiento. Incluyen eritroblastosis (incompatibilidad RH), tumores, accidentes cerebro vasculares, traumatismos craneoencefálicos¹⁰, infecciones meníngeas, seguidas de encefalitis y vasculitis cerebral.¹¹

1.2.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo aumentan la posibilidad de que un niño sea diagnosticado con PCI. Diversos factores¹² han sido reportados en la literatura como:

- Posición anormal: los neonatos con Parálisis Cerebral tienden a presentarse en posición podálica.
- Parto complicado: problemas vasculares o respiratorios en el neonato.
- Malformaciones congénitas asociadas al Sistema Nervioso de origen óseo como malformación de espina dorsal, hidrocefalia.
- Puntuación Apgar baja.
- Peso bajo y nacimiento prematuro.
- Partos múltiples.
- Hemorragia materna o proteinuria en el embarazo.
- Hipertiroidismo materno, discapacidad mental o epilepsia.

¹⁰ Campos P. Op. Cit. pp. 9

¹¹ Sáez Cuesta U, Castejón Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M, *Estudio epidemiológico de Salud Bucodental en Pacientes con Parálisis Cerebral*, Rev Clin Med Fam. 2008; 2(5): 206-209.

¹² Martínez Martínez A, Matamoros Botello MA, *Manejo Estomatológico del Paciente con Parálisis Cerebral*, Rev. Salud Pública y Nutrición. 2003; 7: 1-23.



1.3 Incidencia

Según datos proporcionados por Fundación Teletón México, [por Alejandro Parodi Carbajal, Director Corporativo de Enseñanza e Investigación (correo-e; 20 de septiembre del 2011)] se puede considerar entre 2 a 3 por cada 1,000 nacimientos. Cifra que ha ido en aumento de forma paulatina en los últimos años debido al incremento en la tasa de sobrevivencia de niños con muy bajo peso al nacer. En comparación con estas cifras en estudios epidemiológicos realizados por la Fundación Candy en México, señalan que se presentan de 4 a 6 casos de Parálisis Cerebral Infantil por cada 1,000 nacidos vivos siendo el sexo masculino el más predominante. Su incidencia anual es de alrededor de 12,000 casos, lo que representan 33 nuevos niños afectados por día.¹³ Siendo ésta la primera causa de discapacidad en el país.¹⁴

1.4 Clasificación. Tipos y características

Se pueden establecer distintas clasificaciones clínicas basándose de acuerdo a la localización de la lesión cerebral, zona de afectación, región anatómica y tono muscular.¹⁵ Para la odontología es interesante tener muy claro estas clasificaciones, ya que las repercusiones orofaciales son visibles y detectables tempranamente, además de saber el manejo adecuado para cada uno de ellos.¹⁶

¹³ Fundación Candy [página de Internet] México, 2004 [Citado el: 20 de Agosto del 2011] Disponible en: <http://www.fundacioncandy.com>

¹⁴ Pellegrino Louis, *Cerebral Palsy, Children with disabilities*. 5th Baltimore. 2002, pp.443-67

¹⁵ Martínez y Martínez R, Op. Cit. Pág. 8

¹⁶ Di Nasso P. *Parálisis Cerebral: Su impacto en la Cavidad Bucal* [Artículo seriado de Internet] 2008, Jun. [Citado el: 24 de Agosto del 2011], Disponible en: <http://www.fci.uib.es>

1.4.1 Según la localización de la lesión cerebral la PC se clasifica en:

- ◆ **Parálisis Cerebral Espástica** (aproximadamente el 70% de los casos). La lesión está localizada en el haz piramidal donde se afectan los Centros Motores.¹⁷ Estos pacientes presentan un tono muscular incrementado que causa una contracción excesiva del músculo al estirarlo (Fig. 1). Caracterizada por: hipertonía e hiperreflexia con disminución del movimiento voluntario; aumento del reflejo miotático, falta de coordinación de la musculatura intrabucal, peribucal y masticatoria, sialorrea excesiva, empuje lingual persistente y predominio característico de aparición de contracturas y deformidades.¹⁸

Fig.1 PCI Espástica



Fuente: Imagen tomada de Fundación Mexicana de Neurología Pediátrica Ángel AC.¹⁹

¹⁷ Rojas Castro NE, Fundación Candy [página de Internet] México, 2004 [Citado el: 20 de Agosto del 2011] Disponible en: <http://www.fundacioncandy.com>

¹⁸ McDonald, Op. Cit. pp. 11

¹⁹ Imagen disponible en: <http://www.fumenep.org.mx>



- ◆ **Parálisis Cerebral Atetósica** (aproximadamente el 15% de los casos)
La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser la causa de esta condición.²⁰ Caracterizada por presencia de movimientos involuntarios lentos, cambios bruscos de tono y persistencia exagerada de reflejos; ésta actividad desaparece durante el sueño y el reposo además de presentar hipertonicidad de los músculos del cuello produciendo que la cabeza se mantenga hacia atrás (Fig. 2), la boca constantemente abierta, favoreciendo una respiración bucal, protrusión de la lengua y sialorrea excesiva. Por lo tanto el segmento más afectado son los miembros superiores y la cabeza.²¹

- ◆ **Parálisis Cerebral Atáxica** (aproximadamente el 5% de los casos) La lesión está localizada en el cerebelo; se caracteriza por hipotonía, incoordinación del movimiento (dismetría) (Fig.3) y déficit de equilibrio (ataxia truncal).²²

- ◆ **Formas Mixtas** (afectan al 10% de los niños con PC) La existencia de varios tipos de alteración motora, se denomina en función del trastorno motor predominante.²³

²⁰ McDonald, Op Cit pp.11

²¹ McDonald, *Dentistry Child and Adolescent*, 8a edition, Michigan: Mosby, 2004, pp. 543-546

²² Lorente Hurtado I, Op.Cit. pp.8

²³ Martínez y Martínez R. Op. Cit. pp. 8

Fig.2 Paciente infantil con características



Fig.3 Paciente infantil con Parálisis Cerebral Atáxica



Fuente: Imagen tomada de Centro de Cirugía Especial de México, IAP.²⁴

1.4.2 Según la zona afectada:

- ◆ Unilateral o hemiplejía: Afecta a una de las dos mitades laterales derecha e izquierda del cuerpo.
- ◆ Bilateral: Afecta tanto a la parte lateral derecha como a la izquierda.²⁵

1.4.3 Según la región anatómica afectada:

- ◆ Monoplejía: Involucración de un solo miembro del cuerpo.
- ◆ Paraplejía: Involucración de los miembros inferiores.
- ◆ Diplejía: Mitad inferior más afectada que la superior.
- ◆ Triplejía: Tres miembros afectados.
- ◆ Cuadriplejía: Los cuatro miembros están paralizados.²⁶

²⁴ Imagen disponible en: www.ccem.org.mx/pci/

²⁵ Fundación HOMI, *Guía de Manejo Paciente con Parálisis Cerebral*, [página de Internet] Bogotá, 2011, [Citado el: 20 de Agosto del 2011] Disponible en: <http://www.odontologia.unal.edu.co>

²⁶ Navarro Melendro AM, Restrepo Ibiza AP, *Consecuencias Neuropsicológicas de la parálisis cerebral. Estudio de un caso*. Univ. Psychol. Bogotá, 2005, 4(1): 107-111.

1.4.4 Según el tono muscular.²⁷

- ◆ Isotónico: Tono normal.
- ◆ Hipertónico: Tono incrementado. (Fig. 4)
- ◆ Hipotónico: Tono disminuido. (Fig. 5)
- ◆ Variable: Tono inconsistente o fluctuante.

Fig. 4 Hipertonía



Fuente: Imagen tomada de Asistencia Integral para el Neurodesarrollo Infantil²⁸

Fig.5 Hipotonía



Fuente: Loyola University. Health System.²⁹

1.5 Signos y síntomas asociados a PCI

- Discapacidad mental: Según el grado de compromiso que puede ser leve, moderado o severo.³⁰ alteraciones del aprendizaje, deterioro intelectual, capacidad comprensiva baja.³¹
- Epilepsia: Crisis convulsivas.

²⁷ Rojas Castro NE, Op. Cit. pp.12

²⁸ Imagen disponible en: www.aindiast.blogspot.com

²⁹ Imagen disponible en: <http://www.loyolauniversity.adam.com>

³⁰ Bardier et al. En El incapacitado motor de origen cerebral y los trastornos asociados. El niño con trastornos motores de origen cerebral. Cahuzac: Editorial Médica. Panamericana. 1985:286.

³¹ Rojas Castro NE, Op. Cit. pp. 12



- Trastornos de la comunicación: Disfunción del procesamiento central del lenguaje o disfunción premotora (disartria).
- Parálisis seudobulbar: deficiencia en el mecanismo de succión y / o deglución, déficit en la masticación y sialorrea secundaria.
- Trastornos sensoriales y perceptivos: déficit propioceptivos y espaciales.
- Trastornos tróficos: Disminución del volumen y talla de los miembros afectados.
- Trastornos del sueño: Alteraciones del sueño (apnea) caracterizadas por una dificultad para cambiar de posición o presencia de actividad epiléptica nocturna.
- Trastornos de conducta: Déficit de atención con hiperactividad, labilidad emocional, depresión, baja autoestima y dependencia de los padres, además de presentar ansiedad, inseguridad, conductas estereotipadas y autoagresiones.
- Trastornos de la visión y movimientos oculares: disminución de la agudeza visual, estrabismo.
- Disminución o rigidez del tono muscular (hipotonía y ataxia), movimientos asociados, alteración en la postura y en el movimiento (disfonía).³²
- Trastornos renales: Incontinencia urinaria.
- Trastornos craneoencefálicos: Hidrocefalia (Microcefalia).
- Trastornos ortopédicos: Contracturas resultantes de hipertonicidad, escoliosis.
- Trastornos digestivos: Estreñimiento, disminución de la motilidad intestinal.³³

³² Navarro Melendro AM, Op. Cit. pp. 14

³³ Martínez y Martínez R, Op. Cit. pp. 8



1.6 Manifestaciones bucales

No existen anomalías intraorales que sean exclusivas de pacientes con parálisis cerebral. Sin embargo, varias situaciones son más frecuentes o graves (Gráfica.1) que en la población común:

- Exceso de salivación (hipersialia).
- Aumento en la incidencia de caries.³⁴
- Higiene oral deficiente.³⁵
- Enfermedad periodontal.
- Hiperplasia gingival por medicamentos (anticonvulsivos).³⁶
- Anomalías dentarias (Hipoplasia del esmalte).³⁷
- Apiñamiento dentario severo o moderado.
- Respiración bucal y deglución atípica. (Figura. 6)
- Bruxismo.³⁸
- Maloclusiones; mordida abierta anterior.(Figura. 7)
- Hábitos parafuncionales: Succión digital.
- Anomalías dentomaxilares (crecimiento dolicofacial)
- Traumatismos en incisivos superiores por la inestabilidad ambulatoria y las frecuentes caídas.³⁹

³⁴ Giménez Prat MJ, López Jiménez J, Boj Quesada JR, *Estudio epidemiológico de la caries en un grupo de niños con parálisis cerebral*, Rev Med Oral. 2003; 8:45-50.

³⁵ Blinkham A, *Practical treatment planning for the paedodontic patient*, Chicago: Editorial Quintessence Books, 1992, 86-87.

³⁶ Oliveira Guare R, Ciampion AL, *Prevalence of Periodontal Disease in the Primary Dentition of children with cerebral palsy*, J. Dent Child. 2004; 71(1):27-32.

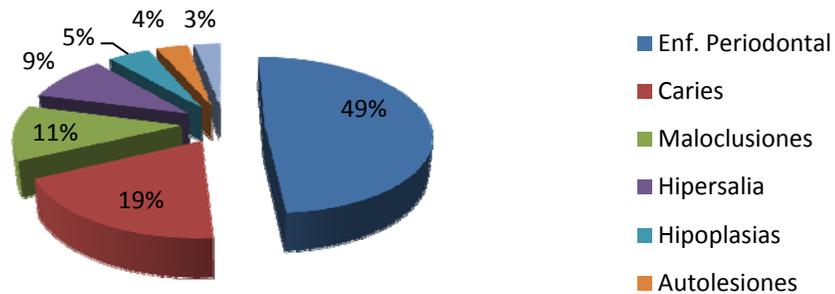
³⁷ Orellana A, Rodríguez S, *Frecuencia de Alteraciones Dentales de Tamaño, Numero, Forma y Estéticas en Pacientes con Capacidades Especiales*, [Artículo seriado en Internet] San Salvador, 2006 [Citado el: 13 de Agosto del 2011] Disponible en: <http://biblioteca.uees.edu.sv/fulltext/301029/Articulo%205.pdf>

³⁸ Morales Chávez MC, *Patologías Bucodentales y alteraciones asociados prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil*, Acta Odontol Venez. 2008; 46(1):1-9

³⁹ Weyman J, cols. Op Cit. pp. 23

- Disfunción de la Articulación Temporomandibular⁴⁰
- Retraso en la erupción de los órganos dentarios permanentes.
- Reflejo inhibitorio masetérico (RIM).⁴¹

Gráfica 1: Frecuencia de manifestaciones bucales en pacientes con PCI



Fuente: Morales CR.⁴²

Fig.6. Paciente con PCI y mordida abierta anterior.



Fig.7. Paciente con PCI y deglución atípica.



Fuente: Clínica de Odontopediatría DEPeI, FO, UNAM

⁴⁰ Barrionuevo N. L, Solís F. F, *Anomalías dentomaxilares y factores asociados a niños con parálisis cerebral*, Rev Chil Pediatr. 2008; 79(3): 272-280.

⁴¹ Bermejo GN Op. Cit. pp. 9

⁴² Grafica tomada de Morales Chávez MC., *Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil*, Act Odonto Venez. 2008; 49(1):1-7



2. ACTITUD DEL ODONTÓLOGO ANTE UN PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

2.1 Actitud:

Definición de actitud expuesta por Machina y Frydman (1998) donde nos dice:

[...] actitud es una predisposición adquirida y sistemática basada en estereotipos hacia determinados objetos del mundo social (personas, situaciones) dando lugar a respuestas generalmente negativas que pueden durar o modificarse por influencia de experiencias sociales debidas a una aceptación, rechazo o mezcla de ambos[...]⁴³

Las actitudes que los odontólogos puedan demostrar hacia los niños con discapacidad (PCI) tienen gran importancia pues les afecta a tres niveles:

- 1.- En sus relaciones con sus iguales y con los otros significativos; influyendo no sólo en el desarrollo de la autoestima sino también en la socialización del individuo dentro de las actividades propias de su comunidad.
- 2.-En la interacción con profesionales de la salud y educación se constituyen elementos importantes influyentes en las direcciones de la vida de estos ya que son importantes proveedores de información, servicios y estabilidad y que pueden tener un gran impacto en el proceso de adaptación.
- 3.-Con relación a las personas en general, cuyas reacciones ante su presencia en lugares públicos son parte de sus experiencias de la vida diaria.

⁴³ Salazar CR, Padrón M, Salazar JL, *Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados*, Acta Odontol. Venez, 2005; 43(3), pp.240-251.



Por lo tanto debemos identificar el tipo de actitud que puede presentar el odontólogo ante esta situación:

2.2 Actitud positiva

Es una disposición adecuada que ayuda a desenvolvernó frente a las adversidades del medio ambiente.⁴⁴ La actitud positiva que adopta el odontólogo ante un paciente con PCI debe ser natural, con seguridad y sin sentimientos de compasión.

2.3 Actitud negativa

Representa la respuesta desfavorable hacia una situación o persona. Las actitudes negativas de la sociedad hacia estos niños suponen un serio obstáculo para el pleno desempeño de los roles y para el logro de sus objetivos en la vida.⁴⁵ La actitud del odontólogo ante un niño con defectos físicos como en el caso de pacientes con PCI, la reacción que presentan es de forma extraña e inconsciente además de no sentirse motivados y remunerados de acuerdo al tiempo utilizado en su atención y gastos que ello requiere en personal y equipamiento. Muchos odontólogos presentan barreras emocionales que bloquean toda interacción con el paciente y la forma de aliviar sus sentimientos es rechazándolos. Aunque algunos que realizan tratamientos a niños con PC pueden trabajar con poca eficacia.⁴⁶

2.4 Actitud neutra

Es susceptible a transformarse en positiva o negativa, más no muestra respuesta favorable o desfavorable.

⁴⁴ Quintero MA, Op Cit. Salazar VCR, Padron M, Salazar JL, Actitud del Odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados, *Acta Odontol Venez.* 2005;43(3).

⁴⁵ Miguel A., Verdugo Alonso, *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadora*, 4ª edición, España: Siglo Veintiuno de España Editores S.A, 2005, pp. 79–135.

⁴⁶ Boj JR, *Odontopediatría*, Barcelona: Editorial Masson, 2005, pp. 255-268.



3. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LOS PACIENTES INFANTILES CON PARÁLISIS CEREBRAL PARA SU ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

Es importante saber las dificultades que cada paciente con PCI presenta de acuerdo a sus disfunciones motoras, en la consulta odontológica.

3.1 Falta de comunicación verbal y no verbal

El lenguaje es una forma de comunicación que se inicia en el niño normal a los 6 u 8 meses.⁴⁷ La comunicación es la base para establecer la relación con el niño siendo esta de manera verbal, no verbal o ambas. Además de ayudar a desarrollar una actitud positiva ante el tratamiento odontológico.⁴⁸

Los niños con PC forman un grupo social con un grado de comprensión y comunicación disminuida causada por problemas motores y sensoriales,⁴⁹ provocando defectos auditivos, visuales y de dicción.

La experiencia sensorial y motriz que presentan estos pacientes es reducida y su conocimiento es viso-auditivo y a través de sensaciones táctiles, que pasivamente recibe,⁵⁰ por lo tanto la comunicación afectiva es difícil ya que no diferencian entre su cuerpo y el mundo exterior, pero no significa que no se produzcan relaciones afectivas.

⁴⁷ Barraquer Bordos L, Ponces Vergel J, Corominas Vigneau J, Torres de Bea, *La parálisis cerebral infantil su estructuración dinámica*, 2ª edición, Barcelona: Editorial Científico Médico, 1966, pp. 149-161

⁴⁸ Salete Nahas M, Correa P, *Odontopediatría en la primera infancia*, Brasil: Editorial Grupo Santos, 2009, pp.130-38.

⁴⁹ Silvestre FJ, Op. Cit. pp. 29

⁵⁰ Barraquer Bordos L, *Ibíd*em



En muchas ocasiones sus necesidades y molestias pueden estar infravaloradas por la poca o nula capacidad de los pacientes a la hora de expresarse.⁵¹ Se distinguen dos grupos de niños PCI, considerando el grado de adquisición del lenguaje:

- *Paralíticos cerebrales orales*: son aquellos que utilizan el lenguaje para comunicarse, aunque en la mayoría de los casos la ejecución del mismo está dificultada.
- *Paralíticos cerebrales no orales*: su afectación motriz es tan grave que impide el uso del habla para comunicarse. Sin embargo, tienen una comunicación intencional, realizada a través de gestos propios con la cabeza, manos, ojos o todo el cuerpo.⁵²

3.2 Problemas motrices

En los niños con PC el desarrollo, defecto o daño que existe en áreas motoras del cerebro interrumpe la capacidad de este órgano para controlar adecuadamente el movimiento y la postura.

Estos pacientes presentan dificultades motrices que no permiten lograr una buena coordinación óculo-manual y un control respiratorio-bucal normal causando una emisión de sonidos desarmónicos. Además de no poder dirigir la mirada donde desea, no sostener la cabeza y tener una postura inadecuada.

⁵¹ Boj JR, Catalán M, García Ballesta C, Mendoza A, Planells P., Odontopediatría. “La evolución del niño al adulto joven”, Madrid: Editorial Médica Ripano, 2011, pp.635- 637.

⁵² Serrato Martín C., et. Al. *Comunicación vocal y no vocal en la parálisis cerebral infantil*, Rev Rehabilitación Madrid. 2001; 35(2):114-120.



Los problemas motrices relacionados con el lenguaje, están relacionados con una respiración irregular, en donde los menores movimientos son profundos y los demás son superficiales resultando en falta de oxigenación e incoordinación en los movimientos bucales y emisión de voz.

Tampoco tienen la capacidad de controlar movimientos coreo-atetósicos buco-linguales que varían de unos días a otros en intensidad según el estado emocional del niño, además pueden producir muecas grotescas asustando al interlocutor, predisponiendo a una relación difícil con el niño.⁵³

3.3 Problemas posturales

La postura se define como el alineamiento de los segmentos entre sí y su posición en el espacio. El control postural será la habilidad para obtener y mantener posturas durante actividades casi-estáticas y dinámicas, incluyendo la capacidad para enderezar la cabeza, el tronco y las extremidades, mantener y recobrar el equilibrio.

Los niños con PC pueden presentar serios problemas de cooperación y no por falta de voluntad sino por su incapacidad para producir las adecuadas acciones musculares; por ejemplo:

- Un paciente con algún grado de ataxia no será capaz de sentarse en el sillón dental sin ayuda, debido al trastorno del equilibrio.

⁵³Barrequer Bordos L, Op Cit. pp. 21



- El paciente atetóide y el espástico presentan complicaciones de los músculos del cuello tienen dificultad en lograr y mantener la postura sentada normal, con la cabeza apoyada sobre el cabezal.⁵⁴

3.4 Discriminación

Entendiendo por discriminación a toda distinción, exclusión, o preferencia que tenga como fin disminuir la igualdad en el trato de una persona.

La discriminación está fuertemente enraizada y asumida en la cultura social y que se reproduce por medio de valores culturales en el seno de la familia. De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México realizada por la Secretaría de Desarrollo Social en el año 2004 en conjunto con la Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación [...] se puede decir que existe una ambivalencia entre un discurso de consideración y de rechazó o exclusión por medio del comportamiento cotidiano y prácticas culturales hacia las personas con discapacidad [...] a primera impresión, el mexicano promedio presenta una actitud de consideración por este grupo poblacional. Un aspecto especialmente sorpresivo es que se percibe una mayor discriminación en el núcleo familiar.⁵⁵

Un alto porcentaje de los pacientes con PCI pertenece a una clase sin muchas posibilidades de superar las barreras discriminatorias que esta situación les impone por ejemplo el derivarlos a instituciones hospitalarias para realizar tratamientos odontológicos bajo anestesia general ignorando si esta vía es la más adecuada para su rehabilitación bucodental.

⁵⁴ Weyman J, cols. *Odontología para niños impedidos*, Paraguay: Editorial Mundi S.A, 1976, pp. 79-91.

⁵⁵ Székely M, *Una nueva imagen en el espejo: percepciones sobre discriminación en México*, Rev Este País Tendencias. 2007; 190(1):4:13.



4. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DE PACIENTES INFANTILES CON PARÁLISIS CEREBRAL.

4.1 Emocionales

Como refiere Valencia al investigador William James, las emociones son causadas por nuestras interpretaciones de los eventos que desenlazan una reacción psicológica. Y que constan principalmente de tres elementos: el origen, la respuesta corporal y la expresión de las mismas. Estas pueden controlar nuestros pensamientos y por lo tanto nuestro comportamiento en general.⁵⁶

4.1.1 Miedo

El miedo es una respuesta emocional normal del ser humano que ocurre en situaciones de estrés e incertidumbre. Es una emoción que pone en juego un conjunto de reacciones esenciales de supervivencia, además de ser un indicador del nivel de conciencia que se tiene del estado de desarrollo de uno mismo y las consecuencias de las capacidades y limitaciones de cada uno.⁵⁷

4.1.2 Ansiedad

Estado emocional que se origina de fuentes internas. Reacción que acontece ante situaciones menos específicas.

⁵⁶ Valencia C, Las Emociones, ¿Qué son las emociones?, [página de Internet] México, 2008 [Citado el día 24 de septiembre del 2011] Disponible en: <http://www.las-emociones.com/>

⁵⁷ Boj JR, Catalán M, Op. Cit. 20



Ansiedad normal o útil: Cuando se pueden dar respuestas normales o adaptativas ante una situación extraña y nueva.

Ansiedad patológica o neurótica: Cuando por su sobredimensión se vuelven exageradas y problemáticas una situación nueva. Este tipo de ansiedad suele provocar una barrera tanto en el paciente como en el odontólogo.⁵⁸

Los trastornos de ansiedad en sus diversas formas constituyen la patología psiquiátrica más común en la población, sin embargo es fundamental reconocerla, teniendo en cuenta que el trabajo del odontólogo en condiciones de estrés u otros trastornos de ansiedad no solo perjudica al clínico afectado sino que puede repercutir negativamente en la calidad del servicio que presta a su paciente. Además es transmitida al odontólogo que de algún modo se ve obligado a manejarla y absorberla sin contar, muchas veces con conocimientos o experiencia para ello.

En la práctica odontológica se obtienen muchas satisfacciones, pero también puede resultar muy estresante solo identificando y manejando adecuadamente los factores generadores de ansiedad, el odontólogo podrá mantener un buen nivel de equilibrio emocional y disfrutar sin dificultad la práctica profesional.⁵⁹

⁵⁸ Boj Op. Cit. pp. 20

⁵⁹ García Camba de la Muela E., *Psicopatología y patología psicosomática en el dentista y Trastornos de ansiedad*, Rev Cient Dent. 2005; 2(1): 51-61.



4.1.3 Estrés profesional

Estrés se define como el resultado del desequilibrio entre unas demandas ambientales difíciles o excesivas para el sujeto y su capacidad para resolverlas de tal forma los mecanismos de afrontamiento de la persona afectada se ven sobrecargados o sobrepasados.

El proceso de estrés profesional es la interacción entre la respuesta de estrés y los eventos a los que cada persona se enfrenta, en el ámbito laboral donde participan las condiciones ambientales y el potencial humano cuya respuesta podrá ser adaptativa o de daño.⁶⁰ El Síndrome de Burnout es una forma de estrés en el trabajo, caracterizado por una constelación sintomática en la que predominan:

- Agotamiento emocional con pérdida de energía.
- La despersonalización, deshumanización donde el odontólogo se distancia del problema del paciente.
- Falta de realización personal en el trabajo.

[...] En un trabajo publicado por Moore y Brodsgaard concluyeron que un 60% de los dentistas consideran su profesión como una de las más estresantes en comparación con otras [...] ⁶¹

⁶⁰ Preciado Serrano M de L, Vázquez Goñi JM, *Perfil de estrés y Síndrome de Bournout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública*. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2010; 48(1): 11-19.

⁶¹ García Camba de la Muela E. Op. Cit. 26



4.2 Actitud de los padres

Las actitudes que adoptan los padres ante la experiencia de tener un hijo con PC dependen de múltiples factores personales y sociales.⁶² Siendo las madres las más involucradas con el desarrollo integral del niño con PC,⁶³ entonces las experiencias entre el niño y la madre, le darán a este la fuerza y estabilidad, a través de ejercer un verdadero sostenimiento de ansiedades y angustias del niño.

El desconocimiento de los padres sobre los problemas bucodentales que padecen los niños con PC y las reacciones emocionales que presenta la familia ante tal situación, como los sentimientos de sobreprotección pueden llegar a obstaculizar la interacción odontólogo-paciente.⁶⁴ Y crear la mayor barrera para que un paciente con estas características puedan acceder a una atención odontológica.⁶⁵

El acercamiento del odontólogo hacia el niño y sus familiares es muy importante, ya que encontraremos padres más aprensivos de lo normal, con la preocupación de la adaptación de sus hijos al profesional y al ambiente odontológico. Estos padres pueden actuar de dos formas diferentes con relación al medio ambiente donde pueden ejercer sobre el niño sobreafecto y sobreprotección motivados por el temor y la ansiedad.⁶⁶

⁶² Madrigal Muñoz A, *Familias ante la Parálisis Cerebral*, Rev Intervención Psicosocial.2007;6(1):55-68

⁶³ Romero R., Celli A, *Actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis cerebral*. Rev Psicol. 2004; 11(1):68-79.

⁶⁴ Roberto E, *Odontología para pacientes con necesidades especiales "Una Visión Clínica"*, España: Editorial Médica Ripano, 2008, pp.119-129.

⁶⁵ Caballero Hernández Y, Vega García KM, Ávila Leyva Y, Pérez Ferrás ML, Santiesteban Pérez I, Lora Quesada CA, *Salud bucal en niños discapacitados*, [Artículo seriado de Internet] [Citado el día 14 de agosto del 2011] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com>

⁶⁶ Escobar Muñoz E. *Odontología pediátrica*, 2ª edición, Colombia: Editorial AMOLCA, 2004. pp. 40



- **Infraestimulado:** cuando los padres no pueden ejercer el sostenimiento del niño debido a su propia inmadurez emocional, cosa que produce en estos, conductas de aislamiento y dificultades en su crecimiento.
- **Sobreprotector:** en este caso las conductas no favorecen la independencia e interfieren con el crecimiento del niño.⁶⁷

4.3 Accesibilidad

La consulta odontológica deberá favorecer la accesibilidad, desde todos los puntos de vista, al paciente con PCI.

4.3.1 Instalaciones

Las diferentes administraciones públicas han creado normativas básicas para aumentar la seguridad y la accesibilidad de todos los pacientes con necesidades especiales a las clínicas odontológicas, en donde:⁶⁸

- ✓ La consulta debe estar ubicada en una planta baja, con acceso de forma directa, sin escalones, ni desniveles.
- ✓ Cualquier barrera arquitectónica que limite o impida el acceso y la libertad de movimiento debe eliminarse.
- ✓ Contar con rampas accesibles de un ancho mínimo de 90 cm.
- ✓ Si es necesario un ascensor, este deberá contar con puertas automáticas que tengan un ancho mínimo de 80 cm y una superficie útil disponible de al menos 1.20 m².
- ✓ Las puertas tendrán un ancho mínimo de 80 cm.
- ✓ Los pasillos idealmente deberán tener un ancho de 1.50 m con el fin de poder cambiar el sentido de la silla de ruedas en el mismo lugar.

⁶⁷ Ravaglia, C, *Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad*, [Artículo seriado de Internet] Argentina, 2001 [Citado el: 14 de Agosto del 2011] Disponible en: <http://www.webodontologica.com>

⁶⁸ Silvestre FJ, *Odontología en pacientes especiales*, Valenciana: Editorial Universitat, 2007, pp.269-275

- ✓ El piso debe ser liso, firme y antideslizante.
- ✓ Instalación de pasamanos redondeados.

4.3.2 Equipo odontológico

Estará compuesto por un sillón reclinable que tenga diferentes funciones:

- ✓ Poder desplazar la lámpara dental y la escupidera
- ✓ Acercar los mangos de aspiración y motores; de forma que se pueda realizar el tratamiento de forma erguida, manteniendo al paciente en la silla de ruedas.
- ✓ Sistema de aspiración quirúrgica y de una escupidera con agua.
- ✓ Módulos para turbina, micromotor y jeringa de aire, agua y spray.⁶⁹

Además de contar con el instrumental y accesorios necesarios para la atención odontológica en este tipo de pacientes como:

- ✓ Abrebocas infantil.
- ✓ Rodillos, almohadillas, cojines, cintas adheribles. (Fig.9)
- ✓ Aditamentos para la restricción física.

Fig. 9 Paciente con PCI y accesorios en el sillón dental.



Fuente:Clínica de Odontopediatría DePel. FO. UNAM

⁶⁹ Silvestre FJ, Op. Cit. pp.29



4.3 Odontólogos Capacitados

Sabemos que aún es restringido el número de profesionales habilitados para realizar la atención odontológica a este grupo de pacientes con PCI ya que su atención no es considerada en las instituciones de enseñanza de la odontología. La frase “no se puede atender” denota por parte del odontólogo en forma inequívoca, la ignorancia de cómo hacerlo o el temor a improvisar un camino de solución al problema.⁷⁰ Además de su ignorancia y el temor a causar algún daño, la falta de conocimiento de cómo desarrollar en ellos un tratamiento con soluciones extremas; sin tomar en cuenta al paciente y la negatividad a su atención.

Se debe considera que el desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales y de la familia, así como las propias reacciones del profesional van a crear con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención. Se debe agregar a estos factores la coexistencia de inconvenientes psicosociales que agravan el cuadro general de salud de estos pacientes y de su comprensión para la profesión odontológica.⁷¹

Para eso es necesario adquirir conocimientos, seguridad, destreza y calma ya que estos serán uno de los factores esenciales para la consulta odontológica.⁷² Y así en el futuro poder realizar tratamientos odontológicos en pacientes con PCI con requerimientos de personal especializado y con medios adecuados.

⁷⁰ Ravaglia C, Op.Cit. pp. 29

⁷¹ Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A, *Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral*, Rev Cubana Estomatol. 2001; 38(3):181-191.

⁷² Roberto E, Op. Cit. 28

Habrá que capacitar y formar a los profesionales de la odontología para poder responder a esta demanda y satisfacer mejor las necesidades de estos pacientes.

[...]El manejo de los pacientes con capacidades diferentes entre la comunidad odontológica día a día ha cobrado mayor interés, principalmente en aquellos que tienen un concepto integralista de la profesión. Sin embargo, no es suficiente el interés individual, ya que las instituciones y escuelas de odontología en general, no están capacitando a sus alumnos sobre el abordaje y tratamiento necesario para este grupo de pacientes (Fig. 10). [...]

Al revisar los Programas de Estudio de La Facultad de Odontología de la UNAM, se observa que el tema se aborda de una manera fraccionada, aislada a lo largo de los cinco años de la carrera, no como una materia que brinde un enfoque integral, por lo que se convierte en una fuerte necesidad el adecuar el programa de Estudios que se ofrece actualmente a los alumnos de la Facultad de Odontología, UNAM.⁷³



Fig.10 Alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM y paciente con PCI.

Fuente: Revisión de Planes de Estudio.⁷⁴

⁷³ Limón de la Cruz E, Revisión de Planes de Estudio (Tesis de licenciatura). México: Facultad de Odontología, UNAM, 2010.

⁷⁴ Imagen disponible en Limón de la Cruz E, Revisión de Planes de Estudio (Tesis de licenciatura). México: Facultad de Odontología, UNAM, 2010.



5. INTERACCION DEL ODONTÓLOGO Y EL PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

La interacción puede ser entendida como una acción recíproca entre dos sujetos, siendo nosotros los iniciadores de dicho proceso. Donde el elemento principal es la comunicación, tomando en cuenta que en pacientes con PCI no existe una comunicación verbal directa sino más bien en la mayoría de los casos no verbal.

En la medida en que el odontólogo sea capaz de interactuar de manera apropiada y satisfactoria con el paciente restableciendo una empatía para optimizar la atención en la consulta odontológica.⁷⁵

5.1 Interacción social

Como ya se mencionó anteriormente, la comunicación es un fundamento de la interacción social definida como el conjunto de procesos que permiten transmitir mensajes entre los miembros de una sociedad.

A esta se le pueden enlistar algunos campos o conceptos que la componen como, son: las actitudes, la persuasión, las conductas sociales, la personalidad, el comportamiento, las reacciones emocionales y el medio ambiente. Más concretamente es la preocupación hacia la imagen corporal ilesa de sí mismo.

Entonces podemos determinar que la interacción con un individuo discapacitado supone una situación no estructurada, además de estar poco familiarizada y que rompe las reglas de interacción social acostumbradas y finalmente llevan a evitar o retirarse de tal situación.

⁷⁵ Pons X., *La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación*. Valencia, Rev Enfermería Integral. 2006; 12(1):27-34.



Para que se pueda dar tal interacción debemos considerar:

- Implicación de cooperación y reciprocidad.
- Prestar atención tanto a unos como a otros.
- Hacer posible la adquisición de un mayor conocimiento de unos hacia otros.
- Cuando sea posible la interacción debe ser estructurada para que consiga estos efectos.

5.3 Interacción psicológica

Definiendo a la psicología como la ciencia que estudia la conducta de los seres humanos y su adaptación en el medio ambiente. Esta analiza tres procesos; el cognitivo, afectivo y el conductual.⁷⁶

Entre los diversos procesos cognitivos podemos mencionar la resolución de problemas, el razonamiento, la percepción, la toma de decisiones y la adquisición lingüística.

- **Procesos Cognitivos**

En la Parálisis Cerebral Infantil donde existe un daño neurológico motor no progresivo provoca secuelas de tipo cognitivo, las cuales son difíciles de diagnosticar ya que las pruebas que se realizan normalmente no pueden ser completadas por la dificultad motora que presentan estos pacientes.

⁷⁶ Concepto de Psicología [página de Internet] México, 2010 [Citada el día 19 septiembre del 2011]
Disponible en: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx>



De acuerdo a un estudio realizado en la Facultad de Psicología de la UNAM; en los resultados obtenidos se muestra que los niños con PCI de tipo espástico, atetósico y mixto se encuentran desorientados en el espacio, en el área de la memoria se encontró que era la más afectada.

En los niños con PCI atetósica presentaron mejores funciones cognoscitivas que la mixta y la espástica la cual presentaba mayor dificultad en la mayoría de las pruebas.⁷⁷

- **Vínculos afectivos**

Los sujetos, somos seres sociales que establecemos vínculos con el entorno, lazos que nos unen a las cosas y a otras personas. Es el segundo proceso y se definirá como un puente relacional donde se establece una interacción entre un sujeto y otro.

Se puede hablar de algunos sistemas que fortalecen el vínculo afectivo como son: la sonrisa, la mirada mutua, el llanto y el contacto físico. A medida que se establece una relación intensa de simbiosis entre odontólogo paciente, el vínculo se va fortaleciendo.⁷⁸

La adaptación del odontólogo con el paciente con PCI nos dará como resultado una interacción plena para así participar motivados en favor de la atención. Para dar una continuidad a la atención odontológica es de suma importancia los vínculos afectivos entre: familia-paciente, profesional-paciente, profesional-familia.⁷⁹

⁷⁷ Ramírez Flores M., Ostrosky Solís F., *Atención y Memoria en Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil*. Rev Neuropsicología Neuropsiquiatría y Neurociencia. 2009; 9(1):55-64.

⁷⁸ Aguilar Hernández M., Tesis: "Una mirada hacia los niños con quemaduras en el cuerpo", Licenciatura de Psicología. 2011, pp. 21

⁷⁹ Roberto E, Op. Cit. 28



- **Proceso conductual**

En cuanto al proceso de la conducta se relacionará de acuerdo con el tipo de Parálisis Cerebral que presente, sus aspectos emocionales y sus formas de comunicación todo esto ayudará a elegir las técnicas de manejo de la conducta, así como los métodos para modificar la conducta que estarán presentes a lo largo de todo el tratamiento los cuales se enlistan a continuación y que serán descritas en el siguiente capítulo:⁸⁰

- Lenguaje pediátrico
- Control de la expresión y de la voz
- Método Decir-Mostrar-Hacer
- Desensibilización
- Refuerzo positivo

5.4 Interacción física

La interacción física es un proceso que se da sujeto-sujeto y sujeto-objeto en la vida cotidiana. La interacción en este aspecto surge a partir del vehículo “cuerpo” y del desenvolvimiento que se tenga, es decir del movimiento.

El componente físico recae sobre el cuerpo siendo un elemento integral que refiere en el individuo la existencia de dimensiones, tales como: la social, cultural, afectiva, relacional y cognoscitiva, todo esto a través del movimiento siendo esta acción libre, relajada, continua y cotidiana la cual facilita el intercambio de experiencias y manifestaciones emocionales y sentimientos relacionados con las relaciones interpersonales.⁸¹

⁸⁰ Biondi AM, Cortese SG. Op. Cit. pp. 37

⁸¹ Bolaños, DE, Cuerpo, Movimiento y Comunidad. Escenarios para crecer y socializarse, [Artículo serial de Internet] Colombia, 1999 [Citado el día 29 de septiembre del 2011] Disponible en: http://200.26.134.109:8080/endeporte/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_3069.pdf



La condición de déficit motora en los niños con PCI incrementa los medios perceptivos motores que están a su alcance para comunicarse por lo cual el cuerpo es un medio de interacción importante en estos pacientes donde se produce un aumento de los movimientos anormales existentes.⁸²

Como ya se mencionó en capítulos anteriores en esta interacción debemos tomar en cuenta el tipo de PCI que presenta cada paciente, el tipo de tono muscular y la zona de afectación. Ya que a veces se necesita la inmovilización del paciente para protegerlo durante el tratamiento clínico odontológico.⁸³

El método que se utiliza es la Restricción física

Son técnicas que limitan o controlan los movimientos imprevistos y que protegen al paciente de lesiones con el instrumental o equipo, además permiten una visibilidad y punto de apoyo adecuado para el trabajo del odontólogo y su equipo.⁸⁴ Los objetivos básicos son:

- Ganarse la atención del niño.
- Brindarle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos.
- Protegerlo de lesiones.
- Hacer más fácil el procedimiento dental tanto para el niño como para el clínico.

⁸² Weyman J, cols. Op.Cit. 24

⁸³ Biondi AM., Cortese SG, *Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada*, Editorial Alfaomega, 2010, pp. 437 – 450.

⁸⁴ González Umaña L., *Restricción Física en Odontología*, Publicación científica Fac de Odonto UCR. 2005; (7):17-22.

Entre las técnicas utilizadas se mencionaran las siguientes:

- ✓ Control de apertura bucal y de lengua

Bloques de mordida o abre bocas se emplean para el control de la apertura de la boca y al utilizarlos se atará un hilo de seda como dispositivo de seguridad.

- ✓ Control de la cabeza

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos no apropiados; el profesional posiciona su brazo alrededor de la cabeza del niño para evitar los movimientos de ésta. (Fig.11)

- ✓ Control del cuerpo y las extremidades

Durante el tratamiento odontológico se pueden utilizar aditamentos de inmovilización como es el Papoose. (Figura 12) Durante este es importante que el odontólogo mantenga la interacción física tocándolo con movimientos suaves, diciendo palabras que tranquilicen al paciente y ayuden a relajar los músculos, ya que pueden presentar rigidez o movimientos involuntarios.⁸⁵

Fig. 11 Control de cabeza en paciente con PCI



Fig. 12 Papoose



Fuente: Clínica de Odontopediatría DEPeI,FO.UNAM

⁸⁵ González Umaña L. Op. Cit. pp. 37



6. Estrategias de Intervención

Las estrategias de intervención representan un proceso coherente interrelacionado, continuo de autoformación colectiva y transferencia de conocimientos; un fuerte compromiso para que haya suficiente claridad en el momento de actuar con pacientes con PCI.

Las estrategias son con la finalidad de dotar a los odontólogos la inserción en un proceso de cambios para lograr el desarrollo integral de estos en un marco profesional y formativo, dirigidas a la convivencia entre los niños con PC a partir de una visión transformadora del entorno y de sí mismas.

Es importante realizar una evaluación adecuada de la situación médica del paciente con PCI, sus necesidades, beneficios y riesgos del tratamiento odontológico. Para ese fin se tendrán en cuenta:

- Los hallazgos objetivos: consideraciones médicas, cognitivas y sociales, así como el comportamiento y posibilidad de colaboración del paciente.
- El problema principal del paciente y la preocupación de la familia.
- Planificación del tratamiento interdisciplinario, que comprenda las técnicas para el manejo del comportamiento del paciente y la manera de participación del núcleo social.⁸⁶

A continuación se citaran algunos puntos importantes para que la interacción del odontólogo y el paciente infantil con parálisis cerebral pueda llevarse a cabo. Para modificar actitudes negativas en el odontólogo. Se mencionaran estrategias que persiguen cuatro objetivos básicos.

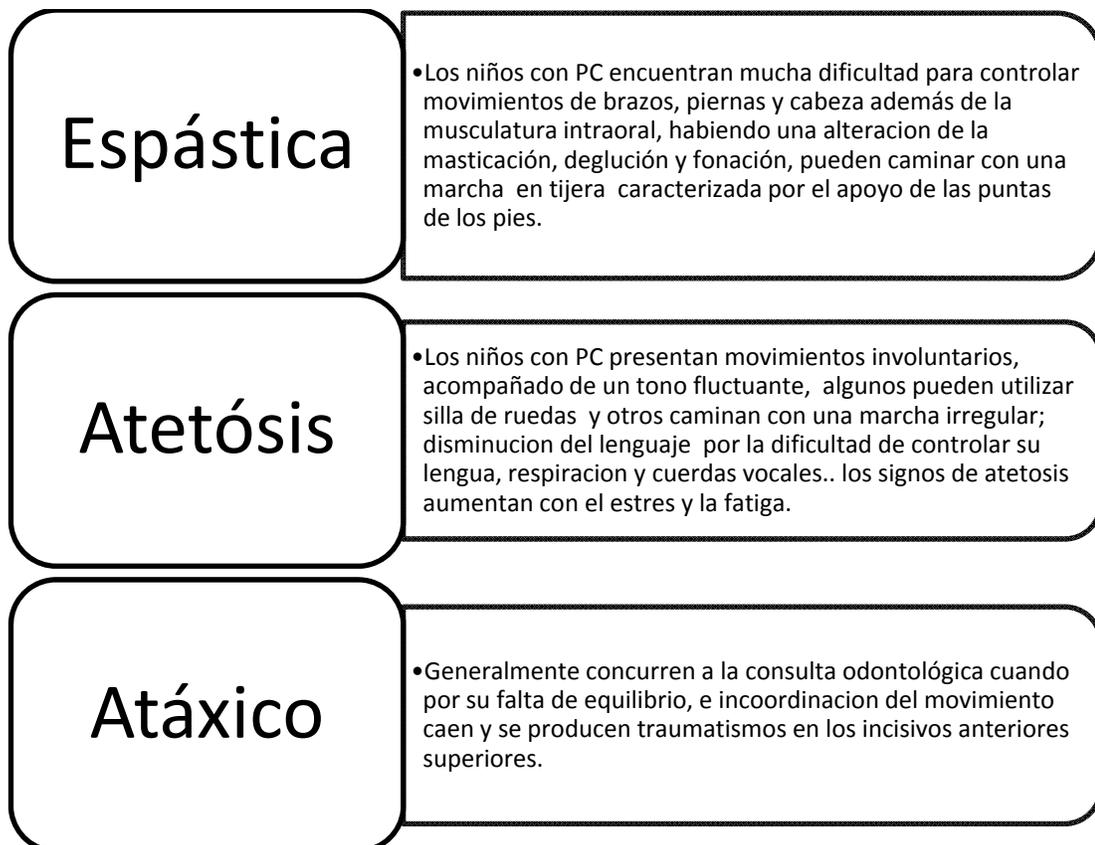
⁸⁶Biondi AM, Op. Cit. pp. 37



1. Proporcionar información sobre las distintas condiciones sistémicas que presenta el paciente con Parálisis Cerebral Infantil.

La información médica de cada tipo de PCI (Diagrama 1)., ayudara al odontólogo a disminuir el temor y la ansiedad que puede provocar en la consulta odontológica. Por eso es importante que el profesional siempre este en constante actualización sobre los avances médicos de esta enfermedad.⁸⁷

Diagrama 1: Características de los diferentes tipos de Parálisis Cerebral Infantil.



Fuente: Directa

⁸⁷ Ib. pp. 8



2. Conocimiento de las principales características dentales que presentan los niños con Parálisis Cerebral.

En nuestra profesión es de vital importancia que el odontólogo tenga conocimiento de las características de la cavidad oral (Cuadro 1). que presenta este tipo de pacientes de manera ambulatoria.

Cuadro 1: Manifestaciones Bucales en pacientes con PCI.

- Por lo general, maloclusión de clase II y mordida abierta.
- Hipotonía muscular.
- Caries grave.
- Enfermedad periodontal.
- Bruxismo e hipertonia masetérica.
- Alteración del reflejo deglutorio, nauseoso.
- Erosión dental y reflujo gástrico
- Hipoplasia del esmalte
- Respiración bucal
- Traumatismos dentales
- Retraso en la erupción
- Babeo
- Alteración de la ATM

Fuente: Directa

3. Facilidad de Acceso para Atención Odontológica a pacientes con PCI y evitar la discriminación.

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, solo recordaremos que el acceso a las instalaciones para una consulta odontológica a pacientes con PCI debe ser fácil y seguro. Además el odontólogo deberá contar con las facilidades operatorias necesarios de las cuales mencionaremos:

- Distribución del espacio y el mobiliario para atención de un paciente en silla de ruedas. (Fig.13)
- Ambientación adecuada como decoración e iluminación.
- Ergonomía para disminuir factores de estrés y ansiedad en los odontólogos y en el paciente.
- Instrumental adecuado para facilitar procedimientos operatorios dentales.
- Ubicación del sillón dental y sus características necesarias.
- Postura corporal adecuada con ayuda de almohadones para dar soporte al cuerpo durante el tratamiento. (Fig.14)

Fig. 13 Espacio para la silla de ruedas.



Fuente: Clínica de Odontopediatría DEPEI, FO.UNAM

Fig. 14 Almohadones para dar soporte al cuerpo del niño con PCI durante el tratamiento.



Fuente:Odontopediatría Abordajclínico Göran Koch⁸⁸

⁸⁸ Imagen disponible en: Göran Koch, Odontopediatría, Abordaje Clínico, 2010

Esos lineamientos nos ayudaran a tener una mejor adaptación del paciente con PCI y así disminuir las barreras discriminatorias que pudieran obstaculizar la asistencia a la consulta odontológica.

4. Establecimiento de un primer vínculo afectivo entre el paciente con PCI, los padres y el odontólogo.

Este primer vínculo afectivo se llevara a cabo durante la primera visita con el odontólogo (Fig. 15) donde se pretenderá identificar las características individuales de cada paciente con PCI y estructurar una relación con él y con los padres, forjando dichos vínculos, de los cuales dependerá todo lo que en ella acontece.

Fig. 15 Vínculo Odontólogo, Niña con PCI y madre

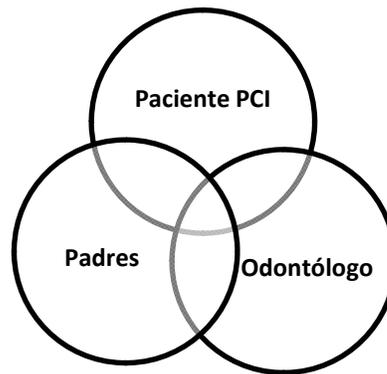


Fuente: Odontopediatría Abordaje Clínico, Göran Koch.⁸⁹

⁸⁹ Imagen tomada del libro Odontopediatría Abordaje Clínico, Göran Koch,

Debemos tomar en cuenta que los pacientes con PCI presentan una dificultad en el lenguaje por lo que los padres nos proporcionarían todos los datos importantes con respecto al paciente; recordando que la mayoría de las veces nos encontramos ante padres más aprehensivos de lo normal y sobreprotectores; pero no debemos olvidar que el niño con PC es nuestro objetivo principal y el que nos brindaría tener una interacción. Por eso es importante la relación del niño con PCI, los padres y el odontólogo.

Diagrama 2: Interacción paciente con PCI, Padres y Odontólogo.



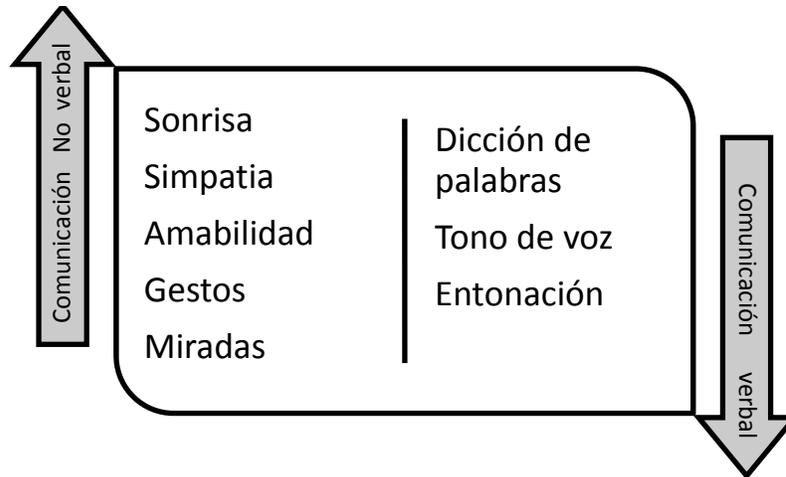
Fuente: Directa

La interacción de estos tres componentes (Diagrama 2) permitirá la formación de vínculos dinámicos interactivos y cambiantes con el transcurso del tiempo, que deberán estar siempre recíprocos para mantener resultados positivos a favor de la salud bucal de los pacientes con PCI.

Además debemos considerar los tipos de comunicación (Diagrama 3) que en algunos pacientes con PCI puede haber ya sea con poca comunicación verbal que es difícil de comprender, en estos casos debemos tomar una actitud de calma, ser pacientes y comprensibles, además de apoyarnos en la comunicación no verbal, que es establecida a través de gestos, expresión facial, contacto visual y la postura.

Todo esto nos ayudara para tener un manejo de conducta adecuado basado en la comunicación

Diagrama 3: Tipos de comunicación.



Fuente: Directa

5. Disminuir el nivel de ansiedad en las interacciones de ambas partes.

Todo odontólogo debe actualizar sus conocimientos al respecto. La disminución de la ansiedad del paciente (Cuadro 2) en el marco clínico asistencial reduce automáticamente la ansiedad del profesional.⁹⁰ Aunque en la mayoría de los niños con PC, la respuesta a ansiedad puede ser una respuesta normal ante una situación extraña ya que las funciones cognoscitivas de razonamiento y memoria en este tipo de pacientes están disminuidas.

⁹⁰ García Camba de la Muela E., Op.Cit. 26



Cuadro 2: Factores favorables para la disminución de ansiedad.

<p>Para lograr esto se debe considerar que la consulta odontológica en pacientes con PCI debe ser:</p>
<ul style="list-style-type: none">• Citas por las mañanas y de corta duración.• En un ambiente agradable para el paciente.• Que no interfiera con actividades importantes en el paciente como la alimentación, revisiones medicas.• Es importante que el paciente llegue al consultorio relajado, dispuesto a cooperar.• Realizar citas especiales a estos pacientes, ni antes ni despues de un niño regular.• Mostrar al paciente el equipo dental y algunos ruidos que pudiesen desencadenar estres en el paciente (pieza de alta velocidad).• La luz de la lampara debera hacercarse del cuello hacia la boca lentamente para no provocar crisis convulsivas.• no cambiar el tono de voz, ni el lenguaje.

Fuente: Directa

6. Fomentar la empatía hacia los niños con Parálisis Cerebral.

Muchos profesionales se muestran aprehensivos al tratar a pacientes con parálisis cerebral. Esto es natural, porque los movimientos del paciente o respuestas a los estímulos parecen ser impredecibles e incontrolables y la comunicación con el paciente puede ser difícil. El odontólogo, debe reconocer que algunos pacientes tienen daño más bien funcional que mental.

Para tratar a niños con capacidad diferenciada se debe tener el conocimiento de la función motora, topografía, tonicidad del músculo y severidad del daño.

Sabiendo todo esto la empatía (Figura 16) nos ayudara acompañar los sentimientos del niño, de modo que este pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos. Por lo tanto debemos conocer el mundo que rodea al niño para poder entenderlo de la misma manera. ⁹¹

Fig.16 Empatía



Fuente: Fundación Teletón México⁹²

El clínico debe conocer y manejar mejor los aspectos psicosociales de su práctica – de sí mismo y de sus pacientes- (Diagrama 3) para no sucumbir a los efectos ansiogenos de estas interacciones.

Diagrama 3:
Relación terapéutica entre
odontólogo – paciente



Fuente: Directa

⁹¹ Hernández García, PE, Interacción psicológica para favorecer la relación del alumno de odontología hacia el paciente infantil durante la consulta dental (Tesis de licenciatura) Facultad de Odontología, UNAM, México, 2011.

⁹² Imagen disponible en: <http://www.teleton.org.mx/>

7. Consideraciones para una buena comunicación

Para poder tener una comunicación estable con el niño con PC, podemos considerar los siguientes criterios:

- Ser paciente y brindar el tiempo necesario para lograr una comunicación; ya que el lenguaje puede ser lento o difícil de comprender.
- Posicionar correctamente al paciente ya que una posición inadecuada suscitaría reflejos anormales que interfieran o corten con la comunicación.
- Podemos utilizar tarjetas con palabras, dibujos, fotografías (Fig. 16) o pizarras visuales relacionadas con las actividades que se estén diciendo o se realicen.⁹³
- Evitar los movimientos rápidos durante los procedimientos, si se requiere mover al paciente esto se deberá realizar lentamente para evitar un incremento en los tonos musculares que presentas cada tipo de paciente.

Fig. 16 Ejemplos de fotografías usadas como herramientas de comunicación.



Fuente: Göran Koch⁹⁴

⁹³ Cuppett M. *Medicina General aplicada al deporte*, Madrid: Editorial Elsevier España, S.A., 2007, pp.404.

⁹⁴ Imagen disponible en: Göran Koch, *Odontopediatría, Abordaje Clínico*, 2010



Utilizar las técnicas de manejo de conducta que se puedan llevar a cabo en pacientes con PCI como son:

- *Lenguaje pediátrico*

Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del odontólogo y de su equipo. Es aconsejable hablar siempre a su nivel y elegir objetos y situaciones familiares; con frases concretas, pronunciando las palabras despacio y claramente.

- *Control de la expresión y de la voz*

El control de voz es una combinación de la comunicación no verbal con la verbal, pues la información no es transmitida apenas con palabras, sino también con el contacto visual, expresión facial y postural. Se utiliza un tono de voz bajo que capte su atención ya que un tono de voz alto podría provocar movimientos involuntarios.

- *Método Decir – Mostrar – Hacer*

Es un método con la finalidad de familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumentos de la consulta dental.

El cual debe llevarse a cabo de la siguiente manera:

- Decir. Explicar al niño lo que se le va a hacer con el fin de reducir la ansiedad y el miedo
- Mostrar. Enseñarle al niño como se va a llevar a cabo la técnica
- Hacer. Efectuar la técnica tal y como se le había explicado y demostrado.



Métodos de modificación de la conducta:

- *Desensibilización*

Es un método que incluye la relajación muscular y describir escenas imaginarias en las que el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación. Esto se lograra con el inicio del tratamiento dental de lo más sencillo a los más complicado siendo estas citas de corta duración

- *Refuerzo positivo*

Es una técnica efectiva de recompensar al paciente por comportamientos deseables y entonces reforzar la repetición de estos comportamientos. El refuerzo positivo puede ser clasificado como social (expresión facial alegre, demostraciones de afecto y elogios) o no social (premios).⁹⁵ Ya que los pacientes con PCI, son más perceptibles a las emociones.

⁹⁵ Boj, Op.Cit. pp.20



CONCLUSIONES

En la actualidad ha ido en aumento la asistencia de pacientes con Parálisis Cerebral Infantil (PCI) a la consulta odontológica tanto a nivel privado como institucional, este aumento puede deberse a que estos pacientes tienen hoy un promedio de vida mayor gracias a los progresos de la medicina.

Es importante que en la formación profesional del odontólogo se contemple la atención de pacientes con necesidades especiales, reconociendo sus limitaciones y los alcances que esto implica.

Es vital que los alumnos de odontología sean sensibles y traten con respeto a las personas con Parálisis Cerebral y que su actitud demuestre un sentido de compromiso y responsabilidad, superando prejuicios y venciendo las barreras discriminatorias, con el propósito de ofrecer un trato digno y de mejores condiciones para estos pacientes y así mejorar su salud bucal y por consiguiente su calidad de vida.

El odontólogo forma parte del equipo multidisciplinario de atención para pacientes con Parálisis Cerebral Infantil y por tal motivo es imperiosa la necesidad de que se actualice y participe en los cambios sociales, culturas, éticos y médicos que se relacionan con pacientes con necesidades especiales de atención.



La cooperación del paciente con PCI durante el tratamiento odontológico puede verse disminuida por la falta de control muscular, por lo que su manejo físico puede tornarse difícil, por tal motivo es necesario que el odontólogo esté capacitado o entrenado para manejar los estados de ansiedad, que se presentan en el consultorio dental, ya que sí los estímulos de ansiedad o miedo son constantes, pueden generar un estado de estrés persistente e intenso y disminuir así la calidad de los servicios dentales.

Considerar las actitudes que los padres adoptan ante la experiencia de tener un hijo con PCI dependerá de múltiples factores personales y sociales, por lo que el odontólogo deberá aprender a relacionarse y generar confianza con los padres de estos pacientes, ya que en la mayoría de los casos, ellos son los responsables del aseo bucal en los niños.

Por lo tanto, el odontólogo deberá capacitarse, conocer y mejorar sus técnicas de lenguaje verbal y no verbal para saber adaptar un sistema de comunicación que lo ayude a interactuar con los niños con PCI, y así generar un mejor vínculo que lo apoyo para realizar con éxito el tratamiento dental, recordando que la empatía se alimenta de la autoconciencia mientras más abierto se esté hacia las emociones, más habilidad se tendrá en la lectura de los sentimientos. Recordando siempre, que es importante mantener una atmósfera tranquila, amistosa y profesional durante la consulta odontológica de pacientes con PCI.

***“TRABAJANDO EN EL PRESENTE, ANHELANDO LA CALIDAD DE UN
FUTURO MEJOR”***



BIBLIOGRAFIA

- Aguilar Hernández M., Tesis:” *Una mirada hacia los niños con quemaduras en el cuerpo*”, Licenciatura de Psicología. 2011, pp. 21
- Bardier et al. En *El incapacitado motor de origen cerebral y los trastornos asociados. El niño con trastornos motores de origen cerebral.* Cahuzac: Editorial Médica. Panamericana. 1985:286.
- Barraquer Bordos L, Ponces Vergel J, Corominas Vigneau J, Torres de Bea y LA F, *La parálisis cerebral infantil su estructuración dinámica*, 2ª edición, Barcelona: Editorial Científico Medico 1966 pp. 149-161
- Barrionuevo N. L, Solís F. F, *Anomalías dentomaxilares y factores asociados a niños con parálisis cerebral*, Rev Chil Pediatr 2008;79(3): 272-280.
- Bermejo GN, Romero Velarde MR, *Tratamiento Odontopediátrico integral en parálisis cerebral. Reporte de un caso*, Rev Odontología San Marquina. 2005;8(2): 25-30.
- Biondi AM., Cortese SG, *Odontopediátrica. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada*, Editorial Alfaomega, 2010, pp. 437 – 450.
- Blinkham A, *Practical treatment planning for the paedodontic patient*, Chicago: Editorial Quintessence Books, 1992, pp. 86-87.
- Boj JR, *Odontopediatria*, Barcelona:Editorial Masson, 2005, pp. 255-268.
- Boj JR, Catalán M, García Ballesta C, Mendoza A, Planells P., *Odontopediátrica. “La evolución del niño al adulto joven”*, Madrid: Editorial Medica Ripano, 2011, pp.635- 637



Bolaños, DE, Cuerpo, Movimiento y Comunidad. Escenarios para crecer y socializarse, [Artículo serial de Internet] Colombia, 1999 [Citado el día 29 de septiembre del 2011] Disponible en: http://200.26.134.109:8080/endeporte/hermesoft/portal/home_1/re_c/arc_3069.pdf

Caballero Hernández Y, Vega García KM, Ávila Leyva Y, Pérez Ferras ML, Santiesteban Pérez I, Lora Quesada CA, *Salud bucal en niños discapacitados*, [Artículo serial de Internet] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com>

Cameron AC, Widmer R, *Manual de odontología pediátrica*, 3ª edición, España: Editorial Elsevier Mosby, 2010, pp.259, 260

Campos P, Bancalari E, Castañeda C, *Etiología en Parálisis Cerebral*, Rev Med Hered. 1996; 7:114-118.

Concepto de Psicología [página de Internet] México, 2010 [Citada el día 19 septiembre del 2011] Disponible en: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx>

Cuppett M. *Medicina General aplicada al deporte*, Madrid: Editorial Elsevier España, S.A., 2007, pp.404.

Di Nasso P., *Parálisis Cerebral: Su impacto en la Cavidad Bucal* [artículo seriado en Internet] 2008, Jun [Citado el: 24 de Agosto del 2011], Disponible en: <http://fci.uib.es/digitalassets/177/177935-8.pdf>

Escobar Muñoz E. *Odontología pediátrica*, 2ª edición, Colombia: Editorial AMOLCA, 2004. pp. 40



Fundación Candy [página de Internet] México, 2004 [Citado el: 20 de Agosto del 2011] Disponible en:<http://www.fundacioncandy.com/news2010>

Fundación HOMI. *Guía de Manejo Paciente con Parálisis Cerebral*, [En línea][Citado el: 20 de Agosto del 2011] http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20de%20Paralisis%20Cerebral.pdf

García Camba de la Muela E., *Psicopatología y patología psicosomática en el dentista y Trastornos de ansiedad*. Cient Dent. 2005; 2(1): 51-61.

Giménez Prat MJ, López Jiménez J, Boj Quesada JR, *Estudio epidemiológico de la caries en un grupo de niños con parálisis cerebral*, Rev Med Oral. 2003; 8:45-50.

González Umaña L., *Restricción Física en Odontología*, Publicación científica Fac de Odonto UCR. 2005; (7):17-22

Hernández García, PE, *Interacción psicológica para favorecer la relación del alumno de odontología hacia el paciente infantil durante la consulta dental (Tesis de licenciatura)* Facultad de Odontología, UNAM, México, 2011

Limón de la Cruz E, *Revisión de Planes de Estudio (Tesis de licenciatura)*. México: Facultad de Odontología, UNAM, 2010.

Lorente Hurtado I, *La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento*. Rev Pediátrica Integral. 2007;XI(8): 687-698.



- Madrigal Muñoz A, Observatorio de la discapacidad. La Parálisis Cerebral [página de Internet] [Citado el: 15 de Agosto del 2011] Disponible en: [http://: www.aspace.org](http://www.aspace.org)
- Martínez A, Matamoros Botello MA, *Manejo Estomatológico del Paciente con Parálisis Cerebral*, Rev Salud Pública y Nutrición. 2003;7: 1-23.
- Martínez y Martínez R, *Salud y Enfermedad del niño y del adolescente*, 6ª edición, Editorial Manual Moderno, 2009 pp. 1167-1171.
- McDonald, *Dentistry Child and Adolescent*, 8a edition, Michigan: Editorial Mosby, 2004, pp. 543-546
- M. Salas A, *Síndromes Pediátricos. Fisiopatología clínica y terapéutica*, 4ª edición, México: Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1992, pp.55-64.
- Madrigal Muñoz A, *Familias ante la Parálisis Cerebral, Intervención Psicosocial*. 2007; 6(1):55-68
- Morales Chávez MC, *Patologías Bucodentales y alteraciones asociados prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil*, Acta Odontol Venez. 2008; 46(1):1-9
- Navarro Melendro AM, Restrepa Ibiza AP, *Consecuencias Neuropsicológicas de la parálisis cerebral. Estudio de un caso*. Univ Psychol Bogotá. 2005; 4(1): 107-111.
- Now. AK, Arthur, *Odontología para el paciente impedido*, primera edición Editorial Mundi SAIC y F, Argentina, 1979.



- Oliveira Guare R, Ciampion AL, *Prevalence of Periodontal Disease in the Primary Dentition of children with cerebral palsy*, J. Dent Child. 2004; 71(1):27-32.
- Orellana A, Rodríguez S, *Frecuencia de Alteraciones Dentales de Tamaño, Numero, Forma y Estéticas en Pacientes con Capacidades Especiales*, [Artículo seriado en Internet] San Salvador, 2006 [Citado el: 13 de Agosto del 2011] Disponible en: <http://biblioteca.uees.edu.sv/fulltext/301029/Articulo%205.pdf>
- Pellegrino Louis, *Cerebral Palsy, Children with disabilities*. 5th Baltimore, 2002. P.443-67
- Pons X., *La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación*. Valencia, Rev Enfermería Integral. 2006; 12(1):27-34.
- Preciado Serrano M de L, Vázquez Goñi JM, *Perfil de estrés y síndrome de Bournout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública*. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2010; 48(1): 11-19.
- Quintero MA, Salazar VCR, Padrón M, Salazar JL, *Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados*, Acta Odontol. Venez. 2005;43(3).
- Ramírez Flores M., Ostrosky Solís F., *Atención y Memoria en Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil*. Rev Neuropsicología Neuropsiquiatría y Neurociencia. 2009; 9(1):55-64.
- Ravaglia, C, *Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad*, [artículo serial de Internet] Argentina, 2001 [Citado el: 14 de Agosto del 2011] http://www.webodontologica.com/odon_arti_asp_rav.asp



- Roberto E, *Odontología para pacientes con necesidades especiales “Una Visión Clínica”*, España: Editorial Medica Ripano, 2008, pp.119-129.
- Romero R., Celli A, *Actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis cerebral. Rev Psicol.* 2004; 11(1):68-79.
- Sáez Cuesta U, Castejon Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M, *Estudio epidemiológico de Salud Bucodental en Pacientes con Parálisis Cerebral*, Rev Clin Med. Fam. 2008; 2(5): 206-209.
- Salazar CR, Padrón M, Salazar JL, *Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados*, Acta Odontol. Venez, 2005
- Saete Nahas M, Correa P, *Odontopediatría en la primera infancia*, Brasil: Editorial Grupo Santos, , 2009, pp.130-38
- Serrato Martin C., et. Al. *Comunicación vocal y no vocal en la parálisis cerebral infantil*, Rev Rehabilitación Madrid. 2001; 35(2):114-120.
- Silvestre FJ, *Odontología en pacientes especiales*, Editorial Universitat Valenciana, 2007, pp.269-275
- Székely M, *Una nueva imagen en el espejo: percepciones sobre discriminación en México*, Rev Este País Tendencias. 2007; 190(1):4:13.
- Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A, *Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral*, Rev. Cubana Estomatológica, 2001; 38(3):181-191.



- Valencia C, Las Emociones, ¿Qué son las emociones?, [página de Internet] México, 2008 [Citado el día 24 de septiembre del 2011] Disponible en: <http://www.las-emociones.com/>
- Verdugo Alonso Miguel A., *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, 4ª edición España: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.2005, pp. 79 – 135
- Weyman J, cols. *Odontología para niños impedidos*, Paraguay: Editorial Mundi S.A.I.C. y F.1976, pp. 79-91



GLOSARIO

Apgar.- examen clínico neonatal que permite valorar cinco características; color, frecuencia cardíaca, respuesta a la estimulación, tono muscular y respiración.

Apnea.- suspensión transitoria de la respiración.

Ataxia truncal.- trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar movimientos.

Citomegalovirus.- es un herpes virus, puede causar una infección latente y asintomática; puede pasarse al feto in útero y causar la pérdida del producto o una enfermedad neonatal grave, caracterizada por encefalitis y microcefalia con discapacidades del aprendizaje o la muerte.

Crisis convulsiva.- obedece a una descarga eléctrica anormal que altera al cerebro dependiendo del área afectada.

Disartria.- trastorno del habla que resulta de un problema de control muscular del mecanismo del habla. Se debe a daño en el sistema nervioso central, en el periférico o en ambos.

Dismetría.- alteración de la coordinación de los movimientos, caracterizada por una apreciación incorrecta de la distancia en los movimientos.

Estrabismo.- posición anormal de los ojos entre sí, de modo que los ejes visuales de los dos ojos no logran alinearse.

Escoliosis.- curvatura lateral de la columna, que puede ser congénita o adquirida y que se debe a anomalías en las vértebras, músculos y nervios.

Epilepsia.- grupo de trastornos que resultan de la alteración de la actividad cerebral, la cual se manifiesta como crisis o convulsiones.



Encefalopatía.- cualquier enfermedad del encéfalo que causa niveles reducidos de alerta y función cognitiva.

Hidrocefalia.- se deriva de las palabras griegas hidro que significa agua y céfalo que significa cerebro. Es una condición en la que existe una acumulación excesiva de líquido en el cerebro.

Hipertiroidismo.- alteración que se debe a la producción excesiva de hormonas tiroideas tirotoxina.

Hipertonía.- tono muscular demasiado elevado para permitir el movimiento; mayor contractilidad del musculo debido a la excitación excesiva e inapropiada de los depósitos de neuronas motoras del asta anterior de la medula espinal, que ajustan la polarización del reflejo de estiramiento a niveles muy bajos, lo que hace que los músculos sean más sensibles al estiramiento.

Hiperreflexia.- reflejos exagerados.

Hipersialia o sialorrea.- secreción salival incrementada.

Hipotonía.- tono muscular que es demasiado bajo para mantener la postura y permitir el movimiento. Perdida de la contractilidad de un musculo.

Hiperactividad.-actividad excesiva y facilidad para distraerse.

Hipoglucemia.- reducción de la glucosa sanguínea.

Interacción.-cuando dos o más personas o cosas tienen influencia recíproca entre sí.

Posición podálica.- nacimientos con los pies primero en vez de la cabeza.



Proteinuria.- excreción de concentraciones anormales elevadas de proteínas en la orina.

Propiocepción.- apreciación del equilibrio y la posición del cuerpo y las partes individuales relacionadas entre sí, en particular cuando cambian durante el movimiento.

Reflejo miotático.- es un reflejo medular que consiste en que al estirar un musculo este responde con una contracción que se opone al estiramiento.

Sepsis.- estado de infección por microorganismos piógenos.

Toxoplasmosis.- infección con toxoplasma gondii, durante el embarazo se puede transmitir al feto y producir problemas como microcefalia o hidrocefalia.

Trastorno del sueño.- cambios en los patrones o ritmos normales del sueño.