



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



EFICIENCIA DE UN PROGRAMA PREVENTIVO CURATIVO EN
PACIENTES CON RETRASO MENTAL DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

JOSÉ RAYMUNDO CASIMIRO RUIZ
MARTHA CRISTIAN VICTORIA GUERRERO

DIRECTORA DE TESIS
MTRA. OLGA TABOADA ARANZA
ASESOR
C.D. ALEJANDRO ROSALES CÓRDOVA

MÉXICO D.F. SEPTIEMBRE 2015



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.

DEDICATORIAS

Dios, bendice el camino que seleccionamos para vivir, aumenta la fé en los ideales en que nos comprometemos, guía las decisiones que tomamos en la vida diaria, enardece nuestro sentir por el servicio a la salud , intensifica la pasión que llevamos por nuestra profesión, ilumina nuestra práctica profesional en el día a día.

Casimiro Ruiz José Raymundo

Dedico mi trabajo en la tesis, a mi familia, que siempre me ha apoyado.

A mi madre que siempre me ha apoyado, me enseñó a no rendirme y a levantarme aunque la caída sea fuerte. Mi padre que sé que me cuida desde el cielo. Mi hermana y sobrinos que le dan alegría y fuerza a mi camino.

A mis asesores, que se han tomado su tiempo para aconsejarme y dirigirme, la maestra Olga Taboada Aranza que ha sido incondicional en este arduo camino, al doctor Alejandro Rosales Córdova que me brindo exagerados conocimientos en el trato al paciente con capacidades especiales y amplio conocimientos en la odontología.

Así como a todas las personas que han estado apoyando y acompañándome en este camino, aportando en diferentes formas elementos para esenciales para concluir mis estudios, a la doctora Lourdes Nicolás Tlacomulco, la enfermera Griselda Burgoa y la enfermera Minerva Romero.

¡Gracias a todos!

“Todo parece imposible hasta que se hace”

Nelson Mandela

AGRADECIMIENTOS

Agradecida principalmente con la persona más valiosa en mi vida, mi mamá, Octaviana Guerrero Santiago, por apoyarme en cada momento de mi vida teniendo siempre un consejo en los momentos difíciles, gracias por darme la vida y enseñarme el camino adecuado en el cual puedo decir que gracias a ti soy lo que soy. Gracias por creer siempre en mí y por todo el amor incondicional que me has brindado.

Gracias a mi hermano Juan Jenaro Victoria Guerrero, que a pesar de todo siempre eh tenido su apoyo y porque sé que es una persona leal en la que puedo confiar.

A toda mi familia, por confiar siempre en mí, por apoyarme, por sus consejos, por su paciencia y por su cariño. Gracias a una persona muy especial que se adelantó en el camino de la vida, porque desde pequeña me enseñó a ser perseverante y a reaccionar con una sonrisa ante la vida.

A mis asesores, la maestra Olga Taboada Aranza, por tenernos la paciencia para lograr el mejor trabajo, por sus consejos académicos y porque siempre estuvo apoyándonos en todo momento. Al doctor Alejandro Rosales Córdoba por darnos las bases para iniciar este trabajo y por guiarnos para su elaboración.

Finalmente a todas aquellas personas que estuvieron siempre junto a mí a lo largo de este trayecto... Gracias.

Con cariño, respeto y amor: Martha Cristian Victoria Guerrero.

“Los grandes castillos se sustentan en pequeñas piedras, los grandes éxitos en pequeños progresos”.

F. Álvarez

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
OBJETIVO	29
MATERIAL Y MÉTODO	30
CASOS CLINICOS	36
CONCLUSIONES	56
REFERENCIAS	57
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

Existe un amplio grupo de personas cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente como para hacer frente a las exigencias del ambiente y poder así establecer una existencia social independiente. Este tipo de personas han sido estudiadas desde tiempos históricos, siendo etiquetadas como "idiotas", "imbéciles", entre otros conceptos por lo que estos términos, cargados de connotaciones negativas, fueron sustituidos por el de "retraso mental", como un intento de proporcionarles una etiqueta más positiva además se tiene la falsa percepción de que todas las personas con retraso mental son incapaces de aprender absolutamente nada.

En los países desarrollados, del 1 a 3% de la población general padece retraso mental; en México, de acuerdo con los resultados del censo de población y vivienda 2010, 5 millones 739 mil personas en el territorio nacional tienen algún tipo de discapacidad, lo que representa el 5.1 % de la población total. El 8.5% de la población con discapacidad del país, presenta dificultad mental.

Las dificultades mentales son más frecuentes en los menores de 30 años: 19.3% de los niños, 23.8% de los jóvenes y en los adultos mayores el 2.5%. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud reporta que estas limitaciones se manifiestan en edades tempranas, y es de trascendencia para las estrategias de prevención primaria que están orientadas al diagnóstico y a la intervención temprana de los casos en los que no se pudo evitar la enfermedad, esto es para disminuir o anular la discapacidad.

Las creencias y conceptos acerca del retraso mental han ido evolucionando con el paso del tiempo, y hoy en día aún continúa en su evolución. De acuerdo a la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) –actualmente Asociación

Americana de Discapacidades Mentales y de Desarrollo (AAIDD)-, el retraso mental hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente que se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se puede diagnosticar desde la infancia y se desarrolla antes de los 18 años.

Se ha reconocido que existe una gran variabilidad en las aptitudes y comportamientos de las personas con retraso mental. Por consiguiente, se han establecido niveles de retraso generalmente en función del CI (Coeficiente intelectual), los cuales son: leve, moderado, grave (severo) y profundo. Entre los niveles de retraso mental manejables se encuentran el leve y el moderado.

Debido a que el retraso mental moderado se debe especialmente a causas orgánicas específicas, la persona nunca puede llegar a recuperarse y rara vez puede llegar a fortalecer el funcionamiento intelectual. Sin embargo existen formas de tratamiento que, aunque no van encaminadas a resolver el trastorno, sí pueden trabajar con los síntomas médicos y conductuales del retrasado, y también con aquellos aspectos psicológicos y emocionales que los acompañan

La innovación más importante en el tratamiento del retraso ha sido la aplicación de técnicas conductuales. Este tipo de tratamiento hace hincapié en fomentar el desarrollo social de los pacientes con retraso mental y en las maneras mejoradas de enseñarles destrezas y conceptos. Con la utilización de estas técnicas, se ha tenido un gran éxito en ayuda a los niños con retraso, a quienes a menudo se les consideraba incapaces de aprender. No obstante, debemos considerar el comentario de Wicks-Nelson la aplicación de técnica conductuales no es sencilla, al contrario, requiere de habilidad, esfuerzo y perseverancia.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil *Dr. Juan N. Navarro* cuenta con la Unidad de Cuidados Prolongados en donde se atiende a mujeres con patologías mentales crónicas, en su mayoría con retraso mental en diferentes niveles, éstas pacientes cuentan con un grado de entendimiento, respondiendo a órdenes sencillas y otras más complejas, e incluso pueden entablar una conversación más o menos fluida.

En este contexto este trabajo tuvo como propósito evaluar la eficiencia de la implementación de un programa de intervención en pacientes con diagnóstico de retraso mental moderado y grave del hospital psiquiátrico debido a que la condición de las pacientes hace difícil recibir una atención odontológica integral por la complejidad del manejo que ellos necesitan y las pocas expectativas que se tienen del aprendizaje que pueden llegar a tener estas pacientes. La mayoría de estas pacientes, son llevadas al servicio estomatológico a extracciones, ya que el personal de enfermería no ha podido responder a las acciones de prevención de enfermedades bucodentales, es por esto que surgió el interés de reducir las enfermedades bucales a través de la implementación de un programa de intervención en el que se incluyeran actividades educativas y preventivas debido a que en el hospital sólo se realizan procedimientos curativos y/o de urgencia a estas pacientes, pero no porque no se tenga el conocimiento en acciones previas a las mutilatorias por parte del personal de la salud del hospital, si no, más bien al exceso de trabajo que se les encarga, y al poco personal que la institución tiene para responder a las necesidades de la población que acude al hospital, sin el afán de justificar las acciones tomadas por parte del personal, pero si haciendo una amable invitación a las autoridades pertinentes para tomar cartas en el asunto y tomar medidas específicas en este problema de salud que la institución presenta.

JUSTIFICACIÓN

En los países desarrollados, del 1 a 3% de la población general padece retraso mental,¹ en México, la prevalencia nacional, con base en datos de investigación epidemiológica, se desconoce. A nivel educativo se señalan 83206 infantes con "deficiencia mental" en educación especial. Se estima que existe al menos de 1 a 3 millones de mexicanos con esta discapacidad.²

En este contexto, el manejo de la discapacidad día a día cobra más interés entre los profesionales de la salud, principalmente en aquellos que tienen un concepto integral de la misma.

Un paciente con discapacidad es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la "normalidad", sean de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento y que para su atención médica u odontológica exige maniobras, equipamiento y personal de ayuda especializada, para atender las necesidades que éstos generan, pues escapan de los programas y rutinas estandarizadas que se aplican para el mantenimiento de la salud de la población en general.³

El retraso mental es un término que se usa cuando una persona presenta desarrollo anormal de las facultades psíquicas fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva -la percepción, los procesos voluntarios de la memoria, el pensamiento lógico y verbal entre otros, a consecuencia de una lesión orgánica cerebral, disfunción cerebral anatómica, bioquímicas, endocrinas, genéticas, entre otras. Estas limitaciones causan que las personas se desarrollen más lentamente que una persona típica.⁴

Buena parte de la confusión y de la falsa interpretación alrededor del término no-inteligencia se ha extendido al estudio del retraso mental. El resultado ha sido que la etiqueta del retrasado mental con frecuencia se entiende mal no solamente

entre la población en general, sino hasta entre los profesionales, esta percepción brota directamente del antiguo concepto de inteligencia fija. Por consiguiente, muchas personas conciben a la persona retrasada como incapaz de aprender absolutamente nada sin embargo, este tipo de personas, dependiendo del grado de severidad del trastorno pueden ser rehabilitados a través de lo cual pueden lograr independencia y autonomía.⁵

El Hospital Psiquiátrico Infantil *Dr. Juan N. Navarro* cuenta con unidad de cuidados prolongados (UCP) en donde se atiende a mujeres con patologías mentales crónicas, en su mayoría con retraso mental en diferentes niveles, las cuales oscilan entre los 34 y 55 años, que sufren de abandono, desconociendo hasta su nombre, éstas paciente cuentan con un grado de entendimiento, respondiendo a órdenes sencillas y otras más complejas, e incluso pueden entablar una conversación más o menos fluida.⁶

La mayoría de estas pacientes, son llevadas al servicio estomatológico a extracciones. En este sentido, se considera necesario implementar y evaluar un programa preventivo-curativo en pacientes con diagnóstico de retraso mental moderado y grave por ser manejables, en la cual se de capacitación básica de autocuidado en salud bucodental a estas pacientes.

El deber del personal de la salud -y entre ellos nosotros como pasantes en servicio social de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza- es el compromiso social, el que nos lleva al compromiso con el bienestar del paciente y esto es promover la salud bucal en toda la población que lo necesite, incluyendo a individuos en situaciones especiales.

MARCO TEÓRICO

La psiquiatría, -griego *psiqué*, alma, e *iatréia*, curación- es la rama de la medicina que se especializa en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, las bases de la psiquiatría permiten tener un conocimiento acerca de cómo funciona la “*mente*”. La denominación “*mente*” es algo mucho más compleja y difícil de estudiar asumiendo que el cerebro es la base de la mente. Con respecto al cerebro, éste el que presenta siempre una mayor variabilidad en respuesta a los cambios ambientales, para Alleman: “*el cerebro existe porque el ambiente cambia, no habría necesidad de cerebro en un ambiente totalmente estable*”.

El conocimiento médico psiquiátrico, que se remonta a la antigua Grecia, tuvo sus orígenes como ciencia en el siglo XIX cuando surgió por primera vez el concepto de “*enfermedad mental*” y la psiquiatría haría su ingreso definitivo a la medicina. Las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.⁷

La Organización Mundial de la Salud reporta que entre las primeras causas de morbilidad psiquiátrica se encuentra el retraso mental. Ocupando según Benassini, el octavo lugar con el 1% con respecto a las otras patologías.⁸

Cuadro 1. Frecuencia y distribución de las demencias

Padecimiento	Prevalencia estimada
Demencias	5% en mayores de 65 años
Abuso y dependencia del alcohol y de las drogas	
Esquizofrenia	1%
Trastornos bipolares	2%
Depresión	Alguna vez en la vida 5 - 10%
Trastornos de ansiedad	Alguna vez en la vida 30%
Trastornos somatomórficos	10%
Retraso mental	1%
Trastornos hipercinéticos	3 - 5%
Otros trastornos en la infancia y en la adolescencia	

Tomado de Benassini. Salud Mental 2001.

El término de retraso mental actualmente tiene varias acepciones, sin embargo, entre las más aceptadas en la actualidad se encuentran la aprobada por la American Association of Mental Deficiency (AAMD) que la define como “*Un funcionamiento intelectual general notablemente por debajo del promedio, que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiesta durante el periodo del desarrollo.*”

Mientras que para la Asociación Americana de Psiquiatría es definido como “*Un funcionamiento intelectual general subnormal que se origina durante el periodo de desarrollo y está asociado con deterioro de aprendizaje y adaptación social o maduración o ambos.*” Este concepto contiene los siguientes criterios diagnósticos:

1. Que existe una desviación significativa por debajo del Coeficiente de Inteligencia –CI o por sus siglas en inglés IQ– promedio, por definición del 100% de la población en general.
2. Que el deterioro funcional ocurre antes de la edad adulta, durante el periodo prenatal, neonatal o en los comienzos del desarrollo.
3. Que las deficiencias de aprendizaje y sociales están asociadas con un deterioro en la conducta adaptativa.

Los métodos utilizados para definir los niveles de retraso mental difieren entre uno y otro sistema, los cuales consideran el CI para determinarlo, este se obtiene dividiendo la edad mental (EM), que representa el nivel de realización, entre la edad cronológica (EC) y multiplicando el resultado por 100, de modo que un niño de 8 años de edad (EC = 8.0) para quien la prueba psicométrica demuestre un nivel de realización equivalente a 4 años de edad (EM = 4.0) tendría un coeficiente intelectual de 50:

$$\frac{(E M)4.0}{(E C) 8.0} \times 100 = 50$$

$$CI = \frac{\text{Edad Mental}}{\text{Edad cronológica}} \times 100$$

Para determinar en qué nivel del coeficiente intelectual se ubican las personas existen pruebas que se aplican según la edad del sujeto, de acuerdo con los especialistas lo ideal es realizar un grupo de pruebas que ayuden a establecer el grado de inteligencia de la persona.⁵

Retraso mental

La discapacidad intelectual alude a una condición bajo la cual el desarrollo mental no se completa o se detiene, esta discapacidad es comúnmente llamada retraso mental y puede estar asociada a otra enfermedad física o mental.

La definición de RM propuesta por la Asociación Americana de Retraso Mental en 2002 plantea que el retraso mental es: *una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa*

tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales, esta discapacidad comienza antes de los 18 años.

Esta definición se basa en un modelo teórico multidimensional el cual permite ver al individuo como un ser más real y con complejidades, proporciona un modelo con el cual se le describe a largo de cinco dimensiones que comprenden todos los aspectos del individuo y del mundo en el que vive, estas dimensiones son:

1. Capacidades intelectuales
2. Conducta adaptativa
3. Participación, interacciones y roles sociales
4. Salud
5. Contexto

Como se observa esta definición describe las capacidades y limitaciones del individuo para cada una de las cinco dimensiones, estas descripciones son clave porque sirven de base para planificar los apoyos que mejorarán el funcionamiento diario. Lo que significa que la discapacidad de una persona debe ser considerada teniendo en cuenta los factores personales y ambientales, y la necesidad de apoyos individualizados. En otras palabras, la discapacidad debe ser vista dentro de la estructura de toda la vida del individuo y no aisladamente. Al igual que el funcionamiento de los demás tiene en cuenta sus ambientes y la necesidad de apoyos, así también sucede con el funcionamiento de las personas con retraso mental.⁹

La Organización Mundial de la Salud (1992) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 siendo vigente para la actualización del CIE-11), menciona que el retraso mental es un estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel

global de inteligencia, por ejemplo, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física.

La clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud considera:

Retraso mental leve

Coeficiente intelectual aproximado de 50 a 69 (en adultos, edad mental desde 9 hasta menos de 12 años). Es probable que determine algunas dificultades en el aprendizaje en la escuela. Muchos adultos serán capaces de trabajar y de mantener buenas relaciones sociales y de contribuir a la sociedad.

Incluye: débil mental.

Subnormalidad mental leve.

Retraso mental moderado

Coeficiente intelectual aproximado de 35 a 49 (en adultos, edad mental desde 6 hasta menos de 9 años). Es probable que determine algún marcado retraso del desarrollo en la niñez, pero la mayoría puede aprender a desarrollar algún grado de independencia en el cuidado personal y adquirir una comunicación y habilidades académicas adecuadas. Los adultos necesitarán de grados variables de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad.

Incluye: subnormalidad mental moderada.

Retraso mental grave

Coeficiente intelectual aproximadamente de 20 a 34 (en adultos, edad mental desde 3 hasta menos de 6 años). Es probable que determine la necesidad de un apoyo constante.

Incluye: subnormalidad mental grave

Retraso mental profundo

Coeficiente intelectual inferior a 20 (en adultos, edad mental inferior a 3 años). Determina una severa limitación del cuidado personal, la continencia, la comunicación y la movilidad.

Incluye: subnormalidad mental profunda.¹⁰

Las características clínicas y evolutivas que corresponden a los distintos grados de la deficiencia mental son las siguientes:

Retraso mental leve

Los trastornos intelectuales afectan la capacidad de abstracción, síntesis y comprensión. No comprenden, o comprenden mal, los conceptos éticos por lo abstractos de éstos, como el "deber", el "bien", el "honor". Pero pueden internalizar una escala de valores, pero mediada por el afecto y los vínculos interpersonales.

El pensamiento es de curso perseverante y minucioso. Son incapaces de trasladar una estrategia resolutiva aprendida ante una situación, a otra con la misma estructura formal pero distinta apariencia exterior.

La baja tolerancia a la frustración, tendencia al egocentrismo, terquedad, intensa credulidad y sugestión. Impulsividad y agresividad son reacciones ante situaciones que desbordan su capacidad de comprensión o control, o que frustran sus necesidades.

Convenientemente educados y orientados, pueden lograr una óptima estabilidad afectiva y personal.

Retraso mental moderado

Pueden adquirir el lenguaje oral durante el período pre-escolar, aunque siempre con retraso y dificultad. Capaces de desarrollar una conversación sencilla.

Su afectividad es primitiva ya que es notoria la falta de inhibiciones y el difícil control de los impulsos, hechos que suelen complicar sensiblemente su inserción social. Desarrollan un cuidado personal adecuado, y se dice que sólo "son ayudados por sus cuidadores".

La lectoescritura es de tipo automático, con mucha dificultad de comprensión, pudiendo alcanzar, con escolaridad especializada, un nivel similar al de un 2º grado.

Su edad mental logra niveles entre los 6 y 9 años. Son capaces de realizar tareas manuales y rutinarias

Desarrollan capacidad de memoria concreta y mecánica, sin capacidad de abstracción. Esto quiere decir que recuerda con suma facilidad nombres, sucesos simples, mecanismos sencillos y diversos trámites cotidianos.

Retraso mental grave

Se observa un enlentecimiento en el desarrollo psicomotor y en la adquisición del lenguaje oral. Su edad mental oscila entre los 3 y los 6 años. Pueden incorporar las tareas de higiene personal elemental y comer solos.

Necesitan supervisión continua y en la escolaridad no es posible un ingreso a la lectoescritura, pudiendo sólo llegar a reconocer visualmente algunas palabras, lo que puede ser fundamental para la supervivencia y la adaptación social. También son dependientes de por vida.

Retraso mental profundo

Ausencia de lenguaje o en la presencia de un lenguaje muy poco desarrollado. La edad mental del sujeto no supera los 3 años de edad. Caracterizado por gritos o expresiones muy primarias.

El retraso en la evolución psicomotriz (sostén cefálico, gateo, marcha, tono postural general) se manifiesta muy precozmente en los primeros meses de vida. Malformaciones congénitas. La incontinencia de esfínteres, o un deficiente y tardío control. La actividad es muy elemental. Necesitan supervisión continua y cuidados permanentes ya que algunos no llegan a alimentarse por sí mismos. Son dependientes durante toda la vida.¹¹

Etiología

En el contexto de la American Association on Mental Retardation (2002) el análisis y el estudio del retraso mental se debe realizar desde un enfoque multifactorial más amplio e intergeneracional pues en su etiología destacan cuatro factores

causales –biomédicos, sociales, conductuales y educativos– que interactúan a través del tiempo, incluso a través de la vida del individuo y de generación en generación de padres a hijos”⁹

Desde el punto de vista biomédico, en aproximadamente la mitad de los casos de retraso mental se desconoce la causa. Se han sugerido algoritmos para la evaluación de individuos que dependen antecedentes familiares, hallazgos físicos y el funcionamiento neurológico. La evaluación debe incluir el cariotipo y la identificación de anomalías.¹²

Entre las múltiples causas del retraso mental se encuentran más de doscientas formas etiológicas. Sin embargo, en muchas ocasiones es difícil llegar a conocer la etiología específica, sobre todo en los niños menos afectados (CI > 45). Pero la mayoría de las veces se puede relacionar con factores prenatales, perinatales y postnatales. Entre los factores que originan retraso mental las más estudiadas pero no concluyentes se encuentran:

1. Genopatías y cromosomopatías.

2. Embriopatías y fetopatías.

Infecciones (embriopatía rubeólica, listeriosis, citomegalovirus).

Factores endocrinos (embriopatía tiroidea).

Factores metabólicos (embriopatía diabética).

Alteraciones nutritivas y vitamínicas.

Tóxicos.

Factores mecánicos y radiaciones.

3. Causas perinatales y neonatales.

Prematuridad y recién nacidos de bajo peso.

Hipoxia perinatal y postnatal.

Trauma obstétrico.

Hemorragia intracraneal.

Hiperbilirrubinemias.

Hipoglucemias, acidosis, infecciones (meningitis, encefalitis).

4. Factores postnatales.

Infecciones (meningitis, encefalitis, vacunaciones).

Metabolopatías (hipoglucemia, hipercalcemia).

Endocrinopatías (hipotiroidismo).

Convulsiones.

Hipoxia (cardiopatías congénitas, paro cardíaco, aspiración).

Intoxicaciones (monóxido de carbono, plomo, mercurio).

Traumatismos craneoencefálicos.

Carencia afectiva (estimulación ambiental deficiente).¹³

5. Causas desconocidas.¹⁴

Este enfoque etiológico conlleva la doble ventaja de una actuación preventiva y terapéutica precoz, que sería la solución ideal del problema planteado por el retraso mental. Es posible que las conductas específicas de algunas formas de retraso mental o discapacidad intelectual puedan acelerar la comprensión de los genes implicados y/o de la función cerebral alterada. Por ejemplo, la conducta de lavado de manos en el síndrome de Rett, la hiperfagia y la conducta obsesiva compulsiva en el síndrome de Prader-Willi, los accesos de risa inapropiada en el síndrome de Angelman, el llanto de maullido de gato infantil en el síndrome de 5p, el auto abrazo en el síndrome de Smith-Magenis y los problemas de ansiedad y las fobias en el síndrome de Williams. La alta prevalencia de estas conductas permitirá en el futuro diferenciar la contribución genética de otras vías fisiopatológicas quizá implicadas en tales trastornos.¹⁵

Fisiopatología

Los criterios que permiten precisar al retraso mental son:

1. Criterio psicométrico. El más utilizado fue creado por Binet y Simón (1910) y completado por Weschler(1958). Se basa en la valoración del sujeto mediante tests mentales, para determinar el coeficiente Intelectual.¹¹

La última clasificación de las enfermedades mentales de la American Psychiatric Association en el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), complementa esta definición precisando que el coeficiente 'intelectual debe ser inferior a 70, y que el inicio debe ocurrir antes de los 18 años, considerándose esta edad como el límite del período del desarrollo de las capacidades intelectuales.

2. Criterio social o adaptativo. El deficiente mental no puede gobernarse adecuadamente a sí mismo y en su integración social se ve necesitado de control y apoyo, esto se visualiza en:

- a) Capacidad escolar disminuida.
- b) Organización deficitaria en general de la personalidad, debido a una mala comprensión global de la realidad que lleva a trastornos en los vínculos interpersonales.
- c) Dificultad repetida en la resolución de los problemas cotidianos.

3. Criterio clínico. Se basa en la exploración del sujeto mediante la entrevista clínica y el estudio de su biografía. Entre los rasgos de más valor para el diagnóstico clínico, se destaca la capacidad de comprensión demasiado elemental y superficial; el dominio de un presente inmediato, concreto y fragmentario; la dificultad para las construcciones de síntesis, abstracciones, generalizaciones y

visiones de conjunto, y en conclusión, una personalidad primitiva en sus reacciones y afectos.¹¹

Entre los temas más controvertidos en psiquiatría es el de la agresividad, la definición del concepto provoca contradicciones y promueve diversos puntos de vista, debido a que la impronta del ser humano, su muy particular forma de ser, sentir y actuar es un aspecto que es eminentemente personal; por lo cual ninguna de las diversas definiciones propuestas ha sido adoptada universalmente.¹⁶

La agresividad es un comportamiento hostil, destructor y es la manifestación motora del afecto de enojo o de la hostilidad. Se afirma que la agresividad es una forma de conducta y no una emoción, necesidad o motivo; sin embargo, estas últimas pueden acompañar o no a la conducta agresiva. Tanto la agresión excesiva como la carencia de la misma conllevan dificultades, ya que la agresividad es una cualidad fundamental gracias a la cual los seres vivos pueden obtener la satisfacción de sus necesidades vitales y de sobrevivencia.¹⁷

Sin embargo en la discapacidad intelectual, la violencia de los pacientes psiquiátricos se ha convertido en una preocupación pública por estar relacionada con los delitos cometidos por estos enfermos, pero en realidad, los pacientes psiquiátricos son responsables de sólo un pequeño porcentaje de homicidios o de otros actos violentos que ocurren en la sociedad. Es evidente que existe una relación entre padecer algún trastorno mental y un aumento en el riesgo de la violencia,¹⁶ correlación que se convierte en una de las principales causas de internamientos psiquiátricos.¹⁸

De los pocos estudios realizados para determinar los niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos se encuentra el realizado en 225 pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar,

en el cual los resultados muestran que el nivel de agresividad fue leve en el 67.6%, moderada en 19.6% y alta en 12.9%. El nivel de impulsividad –se define también como la tendencia a emitir una respuesta de forma rápida, en ausencia de reflexión, y se caracteriza por comportamientos inadecuados, poco planificados y que frecuentemente ponen al individuo en riesgo de implicación delictiva– fue bajo en 37.8% y alto en 62.2%. El nivel de agresividad es más alto en hombres, en el nivel socioeconómico alto y en pacientes con trastornos de control de impulsos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos por uso de sustancias. La impulsividad se encontró elevada en pacientes del sexo femenino, y con alta ingesta de alcohol.¹⁹

Contexto social de las personas con retraso mental

A lo largo del tiempo, las estimaciones acerca de la prevalencia del retraso mental han ido variando según la definición y metodología empleadas. Uno de los métodos consistía en calcular la prevalencia de individuos con un coeficiente intelectual por debajo del límite previsto de acuerdo con la distribución normal. En la actualidad, se utiliza una combinación del coeficiente intelectual y una definición basada en la conducta adaptativa. Con esta aproximación se estimó que la prevalencia era aproximadamente de 1% de la población, retraso mental leve entre 0.37 y 0.59 y la de retraso moderado, grave y profundo combinados entre 0.3 y 0.4%.¹⁵

Artículos sobre retraso mental marcan que no se conoce exactamente la prevalencia, pero la OMS estima que en las poblaciones industrializadas afecta aproximadamente al 3% de la población. La prevalencia del retraso mental grave es muy inferior a la del leve –0.4% frente al 2.5-3.0%– porque sus causas parecen estar mucho más definidas.²⁰

La prevalencia es más alta entre los niños en edad escolar porque estos se enfrentan a tareas de aprendizaje que requieren habilidades cognitivas, la prevalencia declina en los grupos de edad adulta, cuando se requieren buenas capacidades de adaptación, en especial para el trabajo. El retraso mental tiene mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres. (1.6:1).²¹

En los países menos desarrollados, la información es escasa y fragmentada. En México, la prevalencia nacional, con base en datos de investigación epidemiológica, se desconoce. A nivel educativo, se señala que 83 de 206 infantes con “deficiencia mental” en educación especial. Si se estima una cifra conservadora de 1% al 3%, significa que existen al menos 1 a 3 millones de mexicanos con esta discapacidad, al menos 400 000 niños.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” que provee servicios especializados de psiquiatría, el retraso mental leve (F70) se colocó entre las 10 primeras causas de enfermedad psiquiátrica que motivaron atención de consulta externa en los últimos tres períodos considerados (2003, 2005 y 2007).¹⁵

Es interesante destacar que el 85% del total de los retrasos mentales posee el rango de leve y el 10 % son moderados; solamente el 4% reviste el nivel Grave y el 1% restante el de Profundo.¹¹

Se sabe que la población infantil con RM tiene de 3 a 4 veces más riesgo que la población general de padecer trastornos psiquiátricos, explotación, abuso físico y sexual. De ahí la necesidad de dar respuesta y atender internacional y localmente, una condición largamente abandonada.¹⁵

El retraso mental constituye un problema médico, psicológico, educativo y social. Su abordaje unilateral ha llevado siempre a equivocaciones y estancamientos, siendo imprescindible encararlo desde un enfoque multidisciplinario.¹¹

Hace cincuenta años, las personas con discapacidad intelectual estaban "fuera de la vista y la mente del público en general"; pero aún hoy día se presta poca atención a este grupo en la cultura popular o en la investigación científica. Sin embargo, los movimientos de derechos civiles y la fuerte defensa de los padres están haciendo que se vuelva la mirada a esta población, sobre todo a la infantil siendo la más vulnerable, comenzando a abrirse a este grupo las escuelas públicas y sentarse en clases regulares con sus compañeros e integrando a los adultos con retraso mental leve y hasta moderado en trabajos en equipo.¹²

El tratamiento integral es cada vez más importante en la terapéutica psiquiátrica ya que la rehabilitación psiquiátrica no se restringe solo a un conjunto de intervenciones, sino que abarca un amplio rango de herramientas y procedimientos biopsicosociales para maximizar el funcionamiento de la persona enferma y para reducir su discapacidad y desventajas frente a los demás. Es por esto que la Asociación Psiquiátrica Mundial desarrollo una declaración de consenso sobre la rehabilitación de las personas afectadas de trastornos mentales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que sufren las consecuencias de los trastornos mentales, este también reconoce la importancia no solo de la calidad de vida del individuo afectado, sino también la de su familia y amigos.²²

El control a largo plazo de las enfermedades psiquiátricas, requiere de la capacitación del personal sanitario, es decir, el involucramiento del paciente y del cuidador en la rehabilitación es absolutamente esencial. El personal debe ser educado en la comprensión y aceptación de la mejoría en el desempeño de roles.

La rehabilitación médica, promueve información para la promoción de la salud en la que se incluyen ejercicios físicos, dieta, tabaco, alcohol, drogas; en el nivel social, promueve la participación en actividades comunales así como la inclusión en tareas sociales importantes y en redes de trabajos.²³

En cuanto a la salud, la meta propuesta a cumplirse desde el 2010 por la OMS, en *Gente Sana para el 2010*, propone la reducción de las disparidades en salud de las poblaciones. Por lo que respecta a la salud bucodental, se sabe de la disparidad en las condiciones de salud bucal y acceso a los cuidados dentales los cuales tienen una muy baja utilización de los servicios de salud en niños de cualquier edad siendo la caries dental la enfermedad de mayor prevalencia en este grupo poblacional.²⁴

La ignorancia, el temor a causar daño, la falta de imaginación o de conocimiento de cómo desarrollar en estos pacientes un tratamiento conservador, son factores determinantes de soluciones extremas –extracciones múltiples–, en donde no se toma en cuenta lo que significa para el paciente.²⁵

Entre los problemas dentales que limitan la actividad de estas personas se encuentran, la caries dental, la pérdida dentaria y la enfermedad periodontal que son las afecciones más frecuentes en esta población.²⁴

Habitualmente podemos observar en el grupo de pacientes especiales una deficiente higiene bucodental con elevado índice de placa y gingivitis inflamaciones crónicas o agudas recidivantes, granulomas periapicales, celulitis, entre otras, presencia de cálculo en edades tempranas, intensa halitosis y restos alimenticios adheridos a mucosas, infecciones, odontalgias periódicas, imposibilidad en el uso de prótesis por suponer un riesgo potencial, mayor incidencia de maloclusiones que la población general, oclusión traumática y bruxismo frecuente, con abrasiones e hipersensibilidad dental.

Las causas más evidentes de estas enfermedades son:

- Higiene deficiente: La limitación física o la deficiencia intelectual hacen de este aspecto una situación muy difícil de abordar en estos pacientes.

- Dieta y patrones alimentarios: Consumo excesivo de carbohidratos, alimentos de consistencia blanda y poca ingestión de líquidos. Este tipo de dieta tiene escasa autoclisis por falta de masticación.
- Medicamentos: Que aumentan el riesgo de problemas dentales. El consumo prolongado de jarabes azucarados, hidantoinas (asociado a hiperplasias gingivales), sedantes, barbitúricos y antihistamínicos hacen disminuir la secreción salival.
- Malformaciones dentarias y de tejidos blandos: hiperplasias, apiñamientos o alteraciones funcionales –respirador oral– dificultan el adecuado control de la placa bacteriana.²⁶

Todo esto lleva a afirmar que la salud bucal de los discapacitados es deficiente en comparación con la población normal, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre.²⁵

Programas educativos en pacientes con retraso mental

Uno de los cambios más relevantes que se ha producido en los últimos años en el tratamiento educativo en pacientes con discapacidad ha sido a nivel conceptual: Pasar del lenguaje de educación para el deficiente al de necesidades educativas especiales.

Un alumno tiene necesidades educativas especiales cuando presenta dificultades mayores que el resto de los alumnos para acceder a los aprendizajes que se determinan en el currículum que le corresponde por su edad –bien por causas internas, por dificultades o carencias en el entorno socio familiar o por una historia

de aprendizaje desajustada– y necesita, para compensar dichas dificultades, adaptaciones de acceso y/o adaptaciones curriculares significativas en varias áreas de ese curriculum.²⁷

Con la propuesta y difusión del Informe Warnock (1978), se da el punto de ruptura con la corriente segregacionista y se otorga la punta de lanza de un nuevo movimiento integrador.²⁸ Del informe de Warnock se destacan las siguientes propuestas:

- Los fines de la educación deben ser los mismos para todos los alumnos: promover su desarrollo integral, proporcionarles toda la independencia posible, aumentar su conocimiento del mundo que les rodea y favorecer su participación activa y responsable en el mismo.
- La educación especial debe convertirse en el conjunto de apoyos y recursos de los que ha de disponer el sistema educativo para favorecer el acceso de los alumnos con necesidades especiales a estos fines.
- Dichas necesidades no son el resultado de las limitaciones inherentes a una discapacidad, surgen de la interacción entre el alumno y la situación de aprendizaje en la que se encuentra, es decir, dependen tanto de las características personales del alumno, como de las características del entorno educativo en el que este se desenvuelve y la respuesta educativa que se le ofrece: *de carácter interactivo*.
- En función de la respuesta educativa que se ofrece al alumno, sus necesidades de educación especial pueden ser diferentes: de *carácter relativo y no permanente*.

- La respuesta educativa a las necesidades de educación general y especial hay que ofrecerla desde el curriculum ordinario, común a todos los alumnos. El principio de normalización y su consecuencia a nivel educativo: la integración escolar y la individualización de la enseñanza, como respuesta a una diversidad del alumnado cada vez mayor.^{29, 30}

En este sentido, las actitudes de los no discapacitados ante las personas con discapacidad es un asunto con consecuencias importantes en la integración social de las personas con algún tipo de problema en su desarrollo cognitivo, sensorial o de cualquier otro tipo, más lo es cuando los “no discapacitados” son, precisamente, aquellos profesionales que han de velar por la rehabilitación de estas personas, por su integración social, educativa y laboral y, en definitiva, porque se vean satisfechas sus necesidades especiales. Hay estudios que muestran que en referencia al retraso mental las actitudes manifestadas ante esta discapacidad son más negativas entre los estudiantes que han mantenido contacto con personas con retraso mental, cuando se les compara con las manifestadas por aquellos otros que han mantenido contacto con otras discapacidades.³¹

Ante esta evidencia, se debe aclarar lo siguiente, de la amplia taxonomía de la perspectiva médica para citar los diferentes tipos de retraso mental una muy práctica desde la perspectiva psicológica es la que atiende el nivel educativo del retraso mental en función de los niveles de apoyo o asistencia requeridos:

- Educables. Personas cuyo nivel intelectual se presenta con un ligero retraso, suelen estar escolarizados y alcanzan los niveles escolares mínimos según los objetivos curriculares para los niveles de la educación primaria. Necesitan apoyos especializados y adaptaciones curriculares según el déficit identificado.

- Entrenables. Sujetos con retraso mental moderado, pueden adquirir aprendizajes instrumentales. Requieren apoyos muy especiales.
- Severos. Personas que no pueden acceder a los aprendizajes instrumentales, los apoyos especializados acordes a sus deficiencias, deben ser supervisados y/o, asistidos.³²

La planificación de actividades para personas con un retraso mental grave puede ser difícil. Con un rango limitado de movimiento, sentidos con discapacidad y dificultades cognitivas, estas personas pueden ser incapaces de realizar estas actividades, ya sean educativas o recreativas, por lo que pueden ser inadecuadas para ellas. Para compensar, las actividades de estimulación sensorial son una excelente manera de fomentar el aprendizaje y la diversión.

En pacientes con diagnóstico de retraso mental moderado y grave un factor importante para el aprendizaje es la estimulación de los sentidos.

Estimular la vista en una persona con objetos o luces le permitirá estudiar el tema y tratar de procesar y entender. Este tipo de estimulación también ayudará a aumentar la capacidad de atención y concentración. Los estímulos luminosos, interesantes, tales como el parpadeo o luces multicolores de un árbol de navidad, son un gran ejemplo de estimulación visual.

Estimular los sentidos auditivos de un individuo es crucial para que descifre los ruidos, y favorecer los procesos de pensamiento y el desarrollo de habilidades de lenguaje y comunicación. Los instrumentos musicales, artículos para el hogar (timbre, teléfono, etc.), sonidos de animales y CD`s son una gran manera de permitirle al individuo experimentar con el procesamiento de estímulos auditivos.

La estimulación táctil. Muchos individuos con retraso mental grave tienen un rango limitado de movimientos y, por lo tanto, tienen menos oportunidades para explorar el mundo a través de su sentido del tacto. El juego táctil es una gran actividad que les permite descubrir y procesar el significado del entorno que los rodea. Los objetos simples como telas con texturas, esponjas, arcilla y agua son un buen lugar para comenzar. Si quieres aventurarte afuera, puedes usar el césped, corteza de árbol, flores o incluso el viento o la lluvia.

Estimulación olfativa. El sentido del olfato es de gran alcance, por lo que introducir a una persona a un nuevo olor puede ser una actividad de aprendizaje. Las lociones y perfumes funcionan bien, al igual que los alimentos como especias o la fruta cortada en pedazos. La ejercitación del sentido del olfato vendándole los ojos al individuo y permitiéndole adivinar olores es una gran manera de animar los procesos de la memoria y el pensamiento.³³

Tareas concretas. Al enseñar a discapacitados mentales, las lecciones se deben enfocar en tareas que puedan ser aprendidas haciendo más que sólo mirar. Por ejemplo, se crea una lección con base en la medida de objetos simples, presentando una gran variedad de objetos que puedan ser usados para medir cosas como tazas, cucharas, reglas, cintas métricas y balanzas y con objetos que puedan ser medidos y ser fácilmente agarrados por pacientes que tienen poca destreza manual, como arena, manzanas, agua, bloques de madera y plumas; a cada paciente se le entrega un objeto para medir y una herramienta de medición.

Proporciona respuestas inmediatas. Al trabajar con estos pacientes es importante proporcionar respuestas con la mayor frecuencia posible y lo más rápido que se pueda. Cuando el paciente completa una tarea pequeña, tal como se le hace saber que lo ha hecho bien tan pronto como haya terminado, si en cambio no realiza bien una tarea, debe corregírsele delicadamente utilizando un lenguaje que

ellos puedan entender eliminando las palabras de nivel más alto que el de un grado de escuela, dentro de lo posible y elogiarlos generosamente.

Enfoque en las actividades cotidianas. Los pacientes con retraso mental luchan por llevar a cabo tanto las actividades cotidianas como las tareas más complejas. Pueden tener dificultad para darse cuenta cómo vestirse o recorrer la ruta en un edificio por lo que se les debe ayudar para que aprendan a funcionar mejor en el mundo enfocándose en esas tareas. Los pacientes que viven en instalaciones con asistencia quizás tengan sus necesidades como alimento y techo cubiertas por otros. Trabajar con esas personas en el desarrollo de objetivos que puedan hacer su estadía en estas instituciones más placentera, como por ejemplo aprender hojear revistas o escuchar música. Los pacientes con una función más elevada pueden ser capaces de ser empleados al mostrarles cómo trabajar con otras personas.³⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El retraso mental es un padecimiento que puede afectar a todos los seres humanos pues constituye básicamente un problema social que reviste múltiples aspectos, ya que afecta al 1% de la población.

El retrasado mental no recibe una atención odontológica integral por falta de conocimientos del Cirujano Dentista durante su formación profesional en el manejo de esta entidad -y de otras discapacidades-, al grado de que muchos evitan en su práctica a este tipo de pacientes.

En este sentido se realizó la siguiente pregunta de investigación ¿Qué tan eficiente puede ser un programa educativo-preventivo-curativo en pacientes con diagnóstico de retraso mental leve y moderado?

OBJETIVO

Mostrar la eficiencia de un programa preventivo-curativo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro con diagnóstico de retraso mental leve y moderado.

MATERIAL Y MÉTODO

a) Tipo de estudio

Descriptivo, modalidad caso clínico (n = 4).

b) Población de estudio

Cuatro pacientes del sexo femenino con diagnóstico psiquiátrico de retraso mental leve y moderado.

c) Variables. Definición y operacionalización

Variable	Definición	Nivel de medición	Operacionalización
Edad	Tiempo de vida que informa el sujeto.	Cuantitativa discontinúa	Año puntual
Conocimientos	Identificación de zonas anatómicas de la cavidad bucal	Cualitativa nominal	Las identifica No los identifica Las identifica con dificultad

Técnica de cepillado	Realización del barrido de placa bacteriana en los dientes	Cualitativa nominal	Lo hace sola Lo hace con guía No lo hace
Placa bacteriana	Depósito blando no mineralizado, bacteriano y sus productos acumulados en la superficie dental de color blanco-amarillento.	Cuantitativa discontinua	No. de dientes con placa dental
Periodontopatías	Inflamación de la encía caracterizada por enrojecimiento, sangrado con pérdida o no de cresta ósea.	Cualitativo nominal	Encía sana Gingivitis leve Gingivitis Presencia de bolsa Movilidad dental
Caries	Enfermedad que provoca la destrucción localizada de los tejidos duros del diente por la acción ácida	Cuantitativa discontinua	No. de dientes con experiencia de caries

	de los microorganismos, cuyas características clínicas son lesiones que van del color café a negro.		
Saneamiento básico	Acciones de primera instancia, a realizar para encaminar a la salud las estructuras bucales entre ellas están profilaxis detartraje, amalgamas, y extracciones.	Cuantitativa discontinúa	Número de procedimientos

d) Técnica

El planteamiento educativo para el nivel de retraso mental de leve y moderado que se desarrolló fue el siguiente:

La evaluación diagnóstica del nivel de retraso mental la realizó el Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

El programa educativo considera que la causa de la dificultad educativa se encuentra en el tiempo de repetición dedicado a la enseñanza de tareas a las pacientes, de ahí que la estrategia de enseñanza se centró exclusivamente en ésta. La estrategia educativa radicó en un programa individual significativamente diferente al del resto de los pacientes “normales” en cuanto a objetivo, contenido y las diferentes actividades que se realizaran con este tipo de pacientes.

En éstas pacientes, se consideraron pertinentes actividades dirigidas a, la rehabilitación de miembros superiores –ya que se sabe que este tipo de pacientes tienen limitaciones motrices en manos y antebrazo–, identificación de zonas bucodentales –boca, dientes, lengua, carrillos– así como acciones que facilitaran el autocuidado bucodental a través de la implementación de *una técnica* de cepillado y/o la mejora de la misma para control de placa dentobacteriana, caries dental y enfermedad periodontal.

En la rehabilitación de miembros superiores, esperando facilitar los movimientos a la hora del cepillado, se les indicó movimientos específicos e individualizados a cada una de las pacientes dependiendo de la posibilidad motora de cada una de ellas. Los movimientos fueron por tercios -muñecas, brazo y antebrazo-, en los cuales se realizaban movimientos desde el hombro en forma de sube y baja, abanico lateral y círculos; desde codo con flexiones; en muñeca con círculos, arriba y abajo, incluyendo abrir y cerrar los puños, los movimientos que se quieren lograr son los que se requieren para facilitar la técnica de cepillado de Bass, así como los tiempos y el orden, es decir; colocar solo una perla de pasta en la punta del cepillo y cepillar por cuadrantes con el cepillo a 45 grados con dirección hacia el surco gingival, tomando la mitad de encía y la mitad del diente y hacer barrido hacia abajo, empezando en el cuadrante superior derecho por vestibular, continuando con el superior izquierdo, después cambiando la dirección de las cerdas hacia abajo con la misma angulación y posición en el cuadrante inferior izquierdo y concluir por el inferior derecho para pasar a la parte lingual del cuadrante inferior derecho, pasar al inferior izquierdo, seguir con el superior izquierdo y terminar en el superior derecho, para pasar a cepillar en forma de círculos las caras oclusales del de los molares en el orden vestibular, pasar a tejidos suaves como lengua en forma de barrido de adentro hacia afuera con el cepillo en un ángulo de 45 grados y los carrillos en forma suave desde fondo de saco superior hace abajo y hacia afuera, y terminar enjuagando.

Simultánea a la rehabilitación de mano y antebrazo y utilizando material didáctico –rompecabezas y rotafolios– propiedad de nosotros los pasantes de servicio social, se les enseñó a identificar las zonas en su boca, los accesorios que deben utilizar al cepillarse, durante esta actividad en “charla” con la paciente se le preguntó ¿Cuáles son tus dientes? ¿Cuál es tu lengua? ¿Cuáles son tus cachetes? ¿Cuál es tu encía? esperando que señalara de manera –correcta o incorrecta– cada una de las estructuras para después realizarles preguntas como ¿Te cepillas los dientes? ¿Cuántas veces te cepillas los dientes? ¿Después de que te cepillas los dientes? ¿Qué necesitas para cepillarte? ¿Cómo te cepillas los dientes?

El objeto de evaluación es la interacción entre la paciente y la situación de aprendizaje en que se encuentra para diseñar la respuesta educativa más apropiada será evaluado con la categoría: realiza o no la actividad.

La evaluación de la eficiencia del programa de intervención en estas pacientes se realizó con una valoración antes y después de las actividades de intervención, de la siguiente forma:

El aprendizaje de la técnica de cepillado para el control de placa dentobacteriana se estimó a través de una medición basal y final con el índice de higiene bucal de O’Leary el cual registra la presencia/ausencia de placa. El índice de O’Leary calcula el porcentaje de placa que cubre la superficie mesial-vestibular-distal-palatina o lingual de cada uno de los dientes presentes, cuanto mayor es el índice, menor es el control de placa.

También se realizó una valoración inicial y final de la experiencia de caries dental con el índice CPOD de Klein y Palmer y el estado periodontal de la paciente el índice periodontal de Russel.

Al tiempo de realizar las actividades educativas, previa cita en el módulo odontológico del hospital se realizó el saneamiento básico con ayuda del enfermero/a en turno para solucionar las necesidades de tratamiento odontológico, en algunos casos fue necesario aplicar la sujeción gentil, ésta se realiza con sábanas de cama estándar de algodón de una medida aproximada de 160 cm. x 260 cm. y sujetadores de franela de aproximadamente 150 cm. de largo por 40 cm. de ancho con 4 correas de 50 cm en las esquinas, con los que cuenta el consultorio en el hospital.

Con las sábanas se envuelven los brazos al cuerpo, colocándola en forma vertical frente a la paciente y cruzando las esquinas superiores por detrás y regresar y amarrar las puntas por debajo de los brazos previamente cruzados de la paciente, el resto de la sabana se sube y se repite la acción.

El personal de enfermería fue el encargado de controlar cuerpo y mantener manos así como piernas del paciente y manipulación del eyector; solo en casos extremos se solicita de un segundo enfermero/a para sujetar cabeza de manera firme sin tomar la zona de las orejas, solo la zona temporal, cigomática y maxilar así como el uso de abre bocas.

Para realizar la operatoria dental en algunos pacientes se requirió el uso de abre bocas de pinza de Molt para adulto en el lado contrario a trabajar, las técnicas de los procedimientos clínicos como detartrajes, anestesia, amalgama, exodoncia, son igual a los que se realizan en pacientes "*normales*".

CASO CLINICO 1

Nombre: Claudia Desconocida

Edad: 34 años.

Sexo: Femenino.

Lugar de nacimiento: Se desconoce.

Antecedentes hereditarios familiares: Se desconoce.

Antecedentes personales patológicos: Se desconoce.

Padecimiento actual: Se desconoce fecha de inicio y la ocurrencia de factores precipitantes, con curso del padecimiento tendiente a la cronicidad y estabilización de la sintomatología, misma que consiste en baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, compresión muy disminuida, ausencia de lenguaje verbal e incapacidad para la vida autónoma. Padece retraso mental grave, epilepsia, estrabismo convergente bilateral, pie plano bilateral.

Exploración física: Paciente de fenotipo femenino con edad aparentemente mayor a la cronológica, alerta, talla promedio, biotipo endomórfico, cráneo normocéfalo, con facies bobaliconas, piel y mucosas con adecuada hidratación, sin fenómenos agregados, RsCs rítmicos y de buena intensidad, CsPs sin compromiso aparente.

Diagnóstico:

Sistémico: Retraso mental grave, epilepsia, estrabismo convergente bilateral, pie plano bilateral.

Bucal: Periodontitis generalizada, caries, edentulismo parcial.

Medición basal de la experiencia de higiene bucal, caries, cálculo dental y enfermedad periodontal.

Experiencia de higiene bucal inicial y final.

O'Leary
95%

O'Leary
72%

Presencia de cálculo dental inicial y final

Diente	26	36	31	46	Valor total
Código	1	0	0	0	0.25

Diente	26	36	31	46	Valor total
Código	0	0	0	0	0.0

Experiencia de caries inicial y final

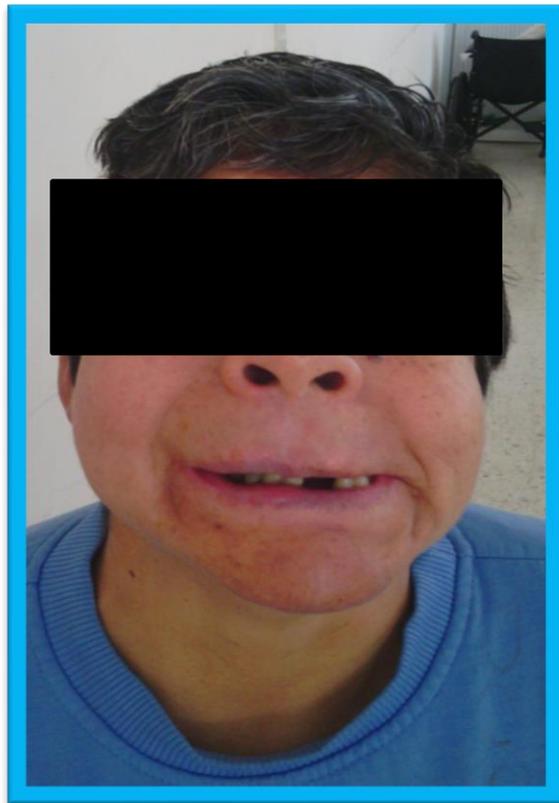
C	O	P	Sumatoria	S	TDR
5	2	13	20	12	32

C	O	P	Sumatoria	S	TDR
1	4	15	20	12	32

Valores del índice periodontal de Russell inicial y final

Código	0	2	6	8	IP	Diagnóstico
Frecuencia	0	4	10	6	5.8	Periodontitis avanzada (terminal)

Código	0	2	6	8	IP	Diagnóstico
Frecuencia	1	8	7	1	3.8	Periodontitis moderada (destructiva establecida)



Imágenes de la paciente en la que se observa facies bobaliconas y su estado dental antes de la implementación del programa de salud bucodental.

Examen mental: Poco tolerante a las frustraciones, sigue ordenes sencillas, es capaz de llevar a cabo actividades de autocuidado y vida diaria bajo supervisión y con algo de apoyo.

Pronóstico: Reservado a evolución.

Protocolo de intervención

Pláticas sobre temas de anatomía bucal y la importancia de la higiene dental, ejecución de la técnica de cepillado para el control de placa dentobacteriana. Tratamiento clínico consistente en raspado y curetaje.

Con esta paciente, de manera gradual se logró que realizará por sí misma la técnica de cepillado, inicialmente no agarraba el cepillo dental porque le tenía miedo, lo cual expresaba con muecas y contrayendo los brazos hacia atrás.

En cuanto al aprendizaje de la anatomía bucal y dental logrado adecuado, al inicio del programa de intervención sólo conocía los dientes y al final del mismo ya reconocía los labios, las mejillas, lengua, paladar y los carrillos.

Las evaluaciones de higiene bucal, caries dental y estado periodontal de ésta paciente fueron:

Índice de higiene bucal inicial fue del 95% de superficies cubiertas con PDB el final fue del 72%.

En cuanto a la experiencia de caries medida a través del índice CPOD se observó un promedio inicial de 20 dientes afectados, en donde la categoría cariado presentaba un valor de 5 dientes, después del programa sólo 1 dientes estaban cariados, incrementándose la categoría diente obturado a 4.

El estado periodontal inicial fue del 5.8 con un diagnóstico de periodontitis avanzada a un final de 3.8 periodontitis moderada.

Seguimiento: Se le solicita al pasante en servicio social de nuevo ingreso continuar con los ejercicios de brazos, el reforzamiento (a través de la repetición constante) de los conocimientos y de la técnica de cepillado y en el consultorio realizar profilaxis, raspado y curetaje periódicos.

CASO CLINICO 2

Nombre: Cristina desconocida

Edad: 35 años

Sexo: Femenino

Lugar de nacimiento: Se desconoce

Antecedentes hereditarios familiares: Se desconoce.

Antecedentes personales patológicos: Se desconoce.

Padecimiento actual: Se desconoce fecha de inicio y la ocurrencia de factores precipitantes, presencia de exacerbaciones a la frustración. Presenta auto y hetero-agresividad indiscriminadas.

Exploración física: Paciente de fenotipo femenino, alerta y cooperadora. Presenta cráneo normo cefálico, presenta engrosamiento de la piel en la región frontal, ojos con pupilas simétricas, no se palpan ganglios.

Diagnóstico:

Sistémico: Retraso mental moderado, estreñimiento crónico, extremidades mal conformadas, tobillos en varo y pie cavo bilateral

Bucal: Periodontitis generalizada, caries, edentulismo parcial.

Medición basal de la experiencia de higiene bucal, caries, calculo dental y enfermedad periodontal.

Experiencia de higiene bucal inicial y final

O'Leary
92%

O'Leary
67%

Presencia de cálculo dental inicial y final

Diente	16	11	26	36	31	Valor total
Código	1	0	1	0	0	0.4

Diente	16	11	26	36	31	Valor total
Código	0	0	0	0	0	0.0

Experiencia de caries inicial y final

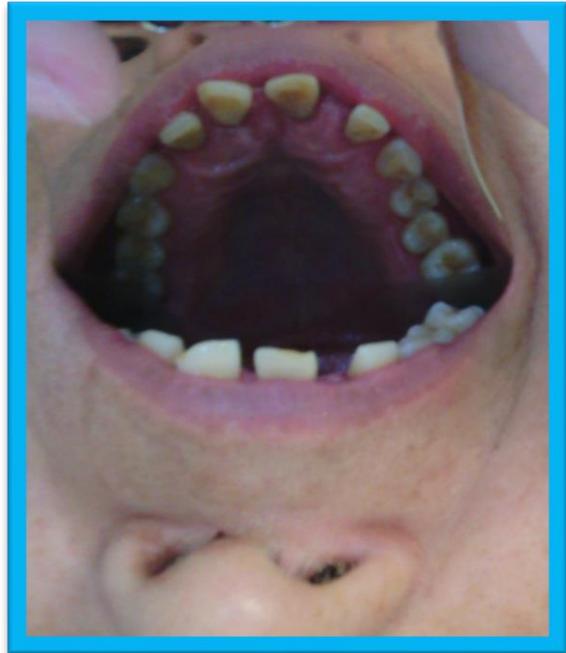
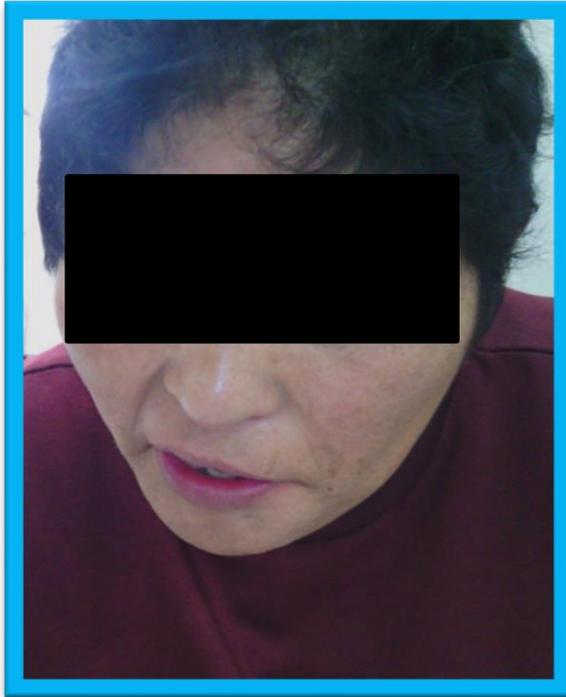
C	O	P	Sumatoria	S	TDR
9	6	2	17	15	32

C	O	P	Sumatoria	S	TDR
5	9	3	17	15	32

Valores de índice periodontal de Russell inicial y final

Código	0	2	6	8	IP	Diagnóstico
Frecuencia	13	0	17	0	3.4	Periodontitis moderada (destructiva establecida)

Código	0	2	6	8	IP	Diagnóstico
Frecuencia	13	10	6	0	1.9	Gingivitis aguda



Facies presentes en la paciente en la que destacan las características bobaliconas y el estado bucodental antes de la implementación del protocolo de salud bucodental.

Examen mental: Atención fatigable, comprensión limitada a vocablos simples y sigue instrucciones sencillas. Lenguaje limitado a sonidos y vocablos monosilábicos. Es capaz de reconocer estados de ánimo y desempeña actividades de autocuidado y de vida diaria bajo supervisión y ayuda.

Pronóstico: Reservado a evolución.

Protocolo de intervención

Se implementaron con ella pláticas individualizadas con temas sobre anatomía bucodental y del porqué era importante la higiene dental, se le apoyo prácticamente en la realización de la técnica de cepillado para el control de placa dentobacteriana y su tratamiento odontológico consistió en raspado y curetaje.

La ejecución de la técnica de cepillado realizada por ella se puede considerar regular debido a que solo realizaba movimientos de vaivén por todas las caras de los dientes, pero, en ella esto se puede considerar un éxito en cuanto a que logró abarcar zonas más amplias en el cepillado debido a que en un inicio sólo cepillaba el lado derecho debido a una discapacidad de la mano izquierda pero al final del programa ya cepillaba ambos lados.

Su entendimiento en cuanto a zonas anatómicas fue adecuado.

La valoración de la higiene bucal, caries dental y estado periodontal de ésta paciente fue:

Índice de higiene bucal inicial del 92% de superficies con PDB y el valor final fue del 67% considerado este valor de muy alto riesgo para caries dental.

El promedio inicial del índice CPOD fue de 17, en el que la categoría diente cariado fue de 9, al final del programa de intervención fue de 5; incrementándose la categoría diente obturado de 6 a 9.

Estado periodontal pasó de un valor inicial de 3.4 (periodontitis moderada) a 1.9 (gingivitis aguda) al final del programa.

Seguimiento: En este caso también se le solicita al pasante en servicio social de nuevo ingreso continuar con los ejercicios de brazos, el reforzamiento (a través de la repetición constante) de los conocimientos y de la técnica de cepillado y en el consultorio realizar profilaxis, raspado y curetaje periódicos.

CASO CLINICO 3

Nombre: Lourdes Chávez Pacheco

Edad: 40 años

Sexo: Femenino

Lugar de nacimiento: Se desconoce

Antecedentes hereditarios familiares: Se desconoce.

Antecedentes personales patológicos: Se desconoce.

Padecimiento actual: Se desconoce fecha de inicio y la ocurrencia de factores precipitantes, con curso del padecimiento tendiente a la cronicidad y estabilización de la sintomatología, misma que consiste en baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, con comprensión del lenguaje y expresión oral pausada y clara. Padece retraso mental moderado, epilepsia y osteopenia.

Exploración física: Paciente de fenotipo femenino, cráneo sin deformidades, hipertrofia superciliar derecha.

Diagnóstico:

Sistémico: Retraso mental moderado, epilepsia, osteopenia

Bucal: Periodontitis generalizada, caries, edentulismo.

Medición basal de la experiencia de higiene bucal, caries, y enfermedad periodontal.

Experiencia de higiene bucal inicial y final

O'Leary	O'Leary
95%	75%

Presencia de cálculo dental inicial y final

Diente	16	26	36	31	47	Valor total
Código	1	0	1	0	1	0.6

Diente	16	26	36	31	47	Valor total
Código	0	0	0	0	0	0.0

Experiencia de caries inicial y final

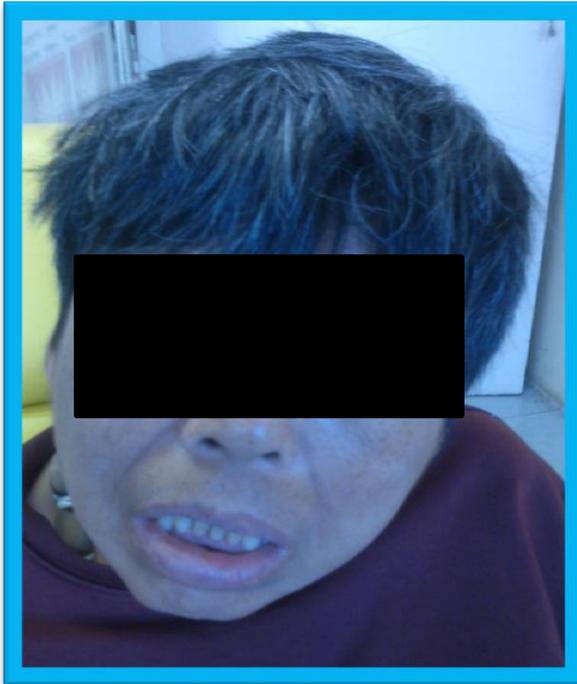
C	O	P	Sumatoria	S	TDR
0	16	8	24	8	32

C	O	P	Sumatoria	S	TDR
0	16	8	24	8	32

Valores de índice periodontal de Russell inicial y final

Código	0	2	6	8	IP	Diagnóstico
Frecuencia	0	0	22	2	6.1	Periodontitis avanzada (terminal)

Código	0	2	6	8	IP	Diagnóstico
Frecuencia	0	14	9	1	3.7	Periodontitis moderada (destrucción establecida)



Paciente caso 3 en la que se observa facies bobaliconas, características y estado bucodental antes de la implementación del protocolo de salud bucodental.

Examen mental: paciente femenina cuya edad aparente no coincide a la referida, impresiona mayor edad debido a rasgos faciales, cabello entrecano y deterioro cognitivo.

Pronóstico: Reservado a evolución.

Protocolo de intervención

Con ella se llevaron a cabo pláticas sobre temas de anatomía bucodental y la de la importancia de la limpieza de los dientes, se le apoyó en la ejecución de del cepillado para el control de placa dentobacteriana. El tratamiento odontológico consistió en la realización de raspado y curetaje.

En ella se logró que realizara una técnica de cepillado que se calificaría como muy buena ya que le fue posible realizar los movimientos de barrido siguiendo el orden logrando el cepillado de carrillos y lengua, se enjuagaba correctamente, además de asear el espacio en el que realizaba su lavado dental guardaba su cepillo en el lugar asignado al mismo.

El aprendizaje de los nombre de la zonas bucales y dentales fue correcto, fue capaz de identificar cada zona.

Los resultados de la higiene bucal, caries dental y estado periodontal de ésta paciente fueron:

Índice de higiene bucal inicial 95%, final 75%.

Índice CPOD inicial 24, valor inicial de la categoría cariado 0, final 0.

Estado periodontal con un valor de 6.1 lo que indica el establecimiento de una periodontitis avanzada, al final del protocolo se obtuvo un valor de 3.7 es decir una periodontitis moderada.

Seguimiento: Al igual que en los casos anteriores el pasante en servicio social de nuevo ingreso deberá continuar con los ejercicios de brazos, el reforzamiento (a través de la repetición constante) de los conocimientos y de la técnica de cepillado y en el consultorio realizar profilaxis, raspado y curetaje periódicos.

CASO CLINICO 4

Nombre: Paulina Desconocida

Edad: 26 años.

Sexo: Femenino.

Lugar de nacimiento: Morelos

Antecedentes hereditarios familiares: Se desconoce.

Antecedentes personales patológicos: Se desconoce.

Padecimiento actual: Se desconoce edad de inicio y presencia de factores precipitantes, padece retraso mental moderado y epilepsia (se desconoce el tiempo de evolución).

Exploración física: Paciente de fenotipo, femenino con edad aparentemente mayor a la cronológica, talla promedio, biotipo endomórfico, cráneo normocéfalo, con facies bobaliconas, piel y mucosas con adecuada hidratación, sin fenómenos agregados, RsCs rítmicos y de buena intensidad, CsPs sin compromiso aparente.

Diagnóstico:

Sistémico: Retraso mental moderado, epilepsia.

Bucal: Periodontitis generalizada, caries, alteraciones en el color de dientes, edentulismo parcial.

Medición basal de la experiencia de higiene bucal, caries y enfermedad periodontal.

Experiencia de higiene bucal inicial y final

O'Leary
98%

O'Leary
66%

Presencia de cálculo dental inicial y final

Diente	17	11	26	31	36	46	Valor total
Código	1	1	1	1		1	1.0

Diente	17	11	26	31	36	46	Valor total
Código	0	0	0	0		0	0.0

Experiencia de caries inicial y final

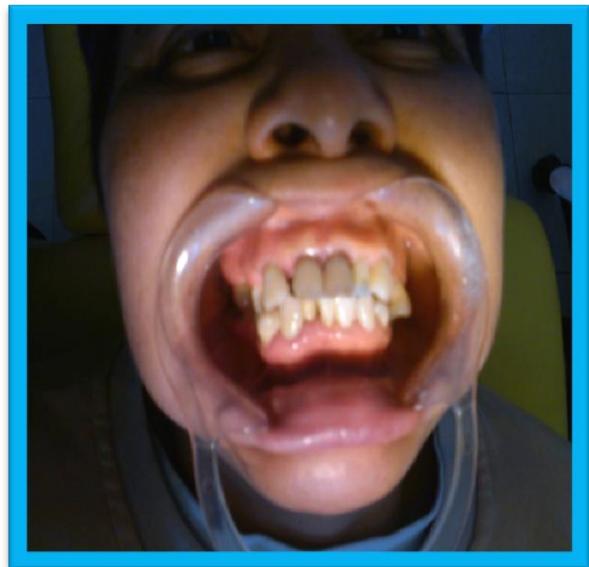
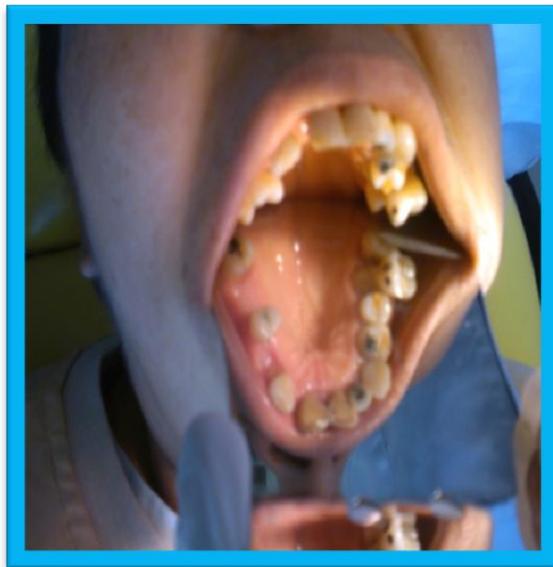
C	O	P	Sumatoria	S	TDR
4	10	6	20	12	32

C	O	P	Sumatoria	S	TDR
2	12	6	20	12	32

Valores de índice periodontal de Russell inicial y final

Código	0	2	6	8	IP	Diagnóstico
Frecuencia	0	0	19	7	6.53	Periodontitis avanzada (terminal)

Código	0	2	6	8	IP	Diagnóstico
Frecuencia	0	15	9	2	3.84	Periodontitis moderada (destructiva establecida)



Paciente con signos característicos del retraso mental moderado, en la que se observa el estado en que se encuentra su cavidad bucal antes de la implementación del protocolo de salud bucodental.

Examen mental: Poco tolerante a las frustraciones, con conducta hipersexual, sigue ordenes, adecuada velocidad y sintaxis de lenguaje, busca interacción social, realiza metas cortas y necesita supervisión en las más elaboradas, controla esfínteres y capaz del autocuidado en 9 puntos, CI por debajo de promedio.

Pronóstico: Reservado a evolución.

Protocolo de intervención

Pláticas sobre temas de anatomía bucodental y la explicación del porqué es importante la higiene bucal, apoyo en la realización del cepillado. Su tratamiento odontológico consistió en raspado y curetaje.

El cepillado en esta paciente se considera correcto, en un principio cepillaba muy fuerte su lengua, después de la explicarle cual era la forma correcta del cepillado logro entender que sus dientes, mejillas y lengua deben ser cepillados de forma suave.

El entendimiento de la anatomía bucal y dental fue correcto debido a que logró identificar perfectamente las zonas.

La valoración antes y después del programa muestran que:

El índice de higiene bucal antes de la implementación del programa tenía un valor de 98%, después el porcentaje bajo al 66% aun cuando este todavía es alto, se logró una muy buena disminución en el valor del mismo.

La experiencia de caries mostró un índice CPOD inicial de 20, en el que la categoría cariado tenía un valor de 4, al finalizar se logró un promedio de 2.

El IP de Russell inicial en ella fue de 6.5 (periodontitis avanzada) al final el valor fue de 3.8 (periodontitis moderada).

Seguimiento: Al igual que en los casos anteriores el pasante en servicio social de nuevo ingreso deberá continuar con los ejercicios de brazos, el reforzamiento (a través de la repetición constante) de los conocimientos y de la técnica de cepillado y en el consultorio realizar profilaxis, raspado y curetaje periódicos.

CONCLUSIONES

La poca información que se tiene de los pacientes con RM y en general con alguna discapacidad, es una causal del abandono, del poco ánimo de estudiarla y dedicarle presupuesto.

La falta de interés por los pacientes con RM los condiciona a una vida precaria y de enfermedad.

Los pacientes con RMM son capaces de realizar funciones de auto cuidado con una mínima supervisión.

El trabajar constantemente con este tipo de pacientes (repeticiones) facilita la habituación a lo planeado.

Utilizar palabras dulces y mimadas por parte del equipo de trabajo ayuda a la comunicación con estos pacientes.

El retraso mental es una discapacidad real a la que nos podemos enfrentar en la práctica profesional y la vida diaria, por lo que es importante informarnos de esta patología.

Para obtener resultados exitosos se debe de tener compromiso, disponibilidad y entusiasmo de cualquier profesionista del área de la salud.

No hay por qué temerle a lo diferente.

Trabajar con pacientes con algún tipo de discapacidad es difícil, pero no imposible.

REFERENCIAS

1. Verdugo MA y Jenaro C. Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. AARM Versión española de Alianza Editorial, España: 1997: 14.
2. INEGI. Comunicado de prensa de Aguascalientes, AGS 8 diciembre de 2004.173-2004. 1-2.
3. Katz G, Rangel G, Lozano E. Discapacidad Intelectual. México: McGraw Hill, 2008.
4. Ingals P. Retraso mental, la nueva perspectiva. México: Manual moderno, 1982.
5. Kamen S. Retardo mental. En: Nowak A J. Odontología para el paciente impedido. Buenos Aires: Editorial Mundi; 1979: 41-55.
6. García de Alba JE, Luviano JH. Manual de procedimientos Departamento Dental. Hospital Psiquiátrico Infantil *Dr. Juan N. Navarro*. CONADIC Servicios de Salud Mental. Secretaría de Salud y Asistencia. 2004; 6-36.
7. Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de psiquiatría. Madrid: Editorial Ene Life publicidad S.A. y Editores, 2009. pp. 23-27.
8. Benassini F O. La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. Salud Mental 2001; 24 (6): 62-73.
9. Asociación Americana sobre Retraso Mental. Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Libro de trabajo. 10a edición. Estados Unidos de Norteamérica: AAMR, 2002. pp. 12-13.

10. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Ginebra: OMS, 1992; Vol. 1. pp. 356-7.
11. Martínez FJ. Breve guía diagnóstica y pronóstica de los retrasos mentales. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 1999; 8 (2): 157-73.
12. Jacobson JW, Mulick JA, Rojahn J. Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. New York: Springer, 2007. pp. 9
13. Garrard S D, Richmond J B. Mental retardation II Care and management in: Silvano A. American handbook of psychiatry volume four. Organic disorders and psychosomatic. 2 edition. Medicine basic book Inc, Publisher New York, 1975. pp. 437-49.
14. Organización Mundial de la Salud. Organización de los servicios para retrasados mentales. 15º informe del Comité de expertos de la OMS en salud mental informe. Ginebra: 1968. pp. 14.
15. Márquez CM, Sanabria SM, Díaz PJ, Arciniega BL, Aguirre GE, Pérez BV, Díaz MI, Díaz CA. Guía clínica. Retraso mental. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. [Acceso 2014 junio 24]; Disponible en: http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_guias9.pdf
16. Baron RA. Human aggression. New York: Plenum Publishing Co. 1977. pp. 25.
17. Ayuso GJL. Biología de la conducta agresiva y su tratamiento. Salud mental 1999: (Número especial); 19-25.

18. Botsis AJ, Plutchik R, Kotler M, Van Praag HM. Parental loss and family violence as correlates of suicide and violence risk. Department of Psychiatry. Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center, New York 1995; 24 (2): 253-60.
19. Martínez-Tenorio F, Hernández-Daza M, Chávez-Dueñas M. Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2007; 40 (2): 35-40.
20. Tejada MI. Retraso mental de origen genético. Presentación de la Red GIRMOGEN 2005. [Acceso 2014 julio 29]; Disponible en: <http://www.publicacions.ub.es/refs/Articles/retardmental.pdf>
21. Jerry M, Wiener MK. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. American Psychiatric Publishing 2006. [Acceso 2014 julio 29]; Disponible en: http://info-tea.blogspot.mx/2011/07/conociendo-el-retraso-mental-o_30.html
22. Almanza MJ. El Consenso en la rehabilitación en personas afectadas por trastornos mentales: un continuo reto para la psiquiatría de nuestro tiempo. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2005; 38(4): 121-122.
23. Asociación Psiquiátrica Mundial. Declaración de Consenso Sobre Rehabilitación de las Personas Afectadas de Trastornos Mentales. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2005; 38(4): 147-163.
24. Dávila ME, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. Caries Dental en Personas con retraso mental y Síndrome de Down. Rev. Salud pública 2006; 8(3): 207-13.

25. Tan CN, Rodríguez CA. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol 2001; 38(3):181-91.
26. Sáez CU, Castejón NI, Molina EA, Roncero GM, Martínez CM. Salud bucodental de los pacientes internados en el Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos de Albacete. RevClínMedFam 2010; 3(1): 23-26.
27. López CM, Osuna SJ, López CJ. Alumnos con necesidades educativas especiales y adaptaciones curriculares. Madrid: Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial, 1992. [Acceso 2014 julio 30]; Disponible en: <http://www.pasoapaso.com.ve/index.php/temas/educacion-integracion/item/653-Adaptaciones%20Curriculares>
28. Ortiz C. De las necesidades educativas especiales a la inclusión. Siglo Cero 1996, 27(2), 5-13
29. Warnock HM. Special education needs. report of the committee of enquiry into the education of handicapped children and young people. Her Majesty's Stationery Office. London, 1978. pp. 43-8.
30. Gómez VM. Retraso mental y necesidades educativas especiales. III Congreso "La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo". Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). [Acceso 2014 julio 30]; Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/6.pdf>
31. Moreno J, Rodríguez I, Saldaña D, Aguilera A. Actitudes ante la discapacidad en el alumnado universitario matriculado en materias afines. Revista

Iberoamericana de Educación 2006; 40/5. [Acceso 2014 julio 30]; Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART9979/actitudesantesladiscapacidad.pdf>

32. Mañas C, Bermejo MR. Necesidades educativas especiales en el ámbito de la inteligencia (I). En: Castejon CJ, Navas LM. Unas bases psicológicas de la educación especial. España: Club Universitario, 2009. pp. 366.

33. Dennington E. Actividades para personas con un retraso mental grave. [Acceso 2014 julio 30]; Disponible en: www.ehowenespanol.com › Educación y ciencia

34. Herlihy S. Cómo enseñar a adultos retardados. [Acceso 2014 julio 30]; Disponible en: www.ehowenespanol.com › Salud.

Protocolo de intervención

El protocolo de salud bucal que aquí se presenta tiene como propósito disminuir la carga de la morbilidad bucal de los pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” al implementar una serie de acciones para establecer, fortalecer, vigilar y evaluar las condiciones de la salud bucal y ampliar equitativamente la atención odontológica con ética, calidad y eficiencia para mejorar la calidad de vida de la población con diagnóstico de retraso mental leve y moderado.

Objetivo General

Promover, prevenir y proteger la salud bucal de los pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con diagnóstico de retraso mental leve y moderado para disminuir la carga de morbilidad bucal, coadyuvando a mejorar la calidad de vida.

Objetivos específicos

1. Reducir el rezago en atención odontológica mediante intervenciones focalizadas en pacientes con un diagnóstico de retraso mental y considerados desde la perspectiva psicológica como educables y entrenables.
2. Promover las acciones de educación odontológica en la Unidad de Cuidados Prolongados (UCP) del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

3. Brindar atención odontológica con acciones preventivas y curativas eficientes, de calidad y seguridad de los pacientes.

4. Coordinar y fortalecer la investigación y enseñanza en materia de salud bucal para el desarrollo del conocimiento y beneficio del personal de enfermería y odontólogos de la UCP así como de los pasantes en servicio social.

Estrategia

El programa educativo considera que la causa de la dificultad educativa se encuentra en el tiempo dedicado a la enseñanza de tareas a las pacientes, de ahí que la estrategia de enseñanza se centró exclusivamente en ésta. La estrategia educativa consiste en un programa individual significativamente diferente al del resto de los pacientes “*normales*” en cuanto a objetivo, contenido y las diferentes actividades que se realizaran con este tipo de pacientes.

En estas pacientes las actividades que se consideran pertinentes van dirigidas a la rehabilitación de miembros superiores –manos y antebrazo–, identificación de zonas bucodentales –boca, dientes, lengua, carrillos– acciones que facilitaran el autocuidado bucodental a través de la implementación de *una técnica* de cepillado y/o la mejora de la misma para control de placa dentobacteriana, caries dental y enfermedad periodontal.

Para lo cual se solicitará a los Jefes de enfermería en turno de la UCP, estudios y los datos necesarios para la valoración médica general y de especialidad de las pacientes idóneas, en este caso sólo aquellas con diagnóstico de retraso mental leve y moderado.

La selección de las pacientes no sólo será de acuerdo al resumen clínico, también con base en la información adicional proporcionada por el personal de enfermería responsable de la UCP, como son: razón de cooperación, entendimiento, participación, estado eutímico de ánimo e independencia, sin episodios frecuentes de agresividad y con una movilidad voluntaria en miembros superiores. Una vez seleccionadas las pacientes se realizarán pláticas en las que se explicará con voz calmada y con un volumen moderado las actividades a realizar en cada programa.

Programa educativo-preventivo

El programa está diseñado con el propósito de mejorar las condiciones de salud bucal, debido a que la evidencia indica que la caries dental es la alteración bucodental de mayor prevalencia en los pacientes con retraso mental.

El programa de intervención se fundamenta en 5 estrategias:

1. Promover hábitos saludables de alimentación e higiene bucal.
2. Fomentar el autocuidado en salud bucal mediante la participación activa del personal encargado de los pacientes de la UCP en:

- a. La salud comienza por la boca

El propósito fundamental es tratar de que las pacientes reconozcan la importancia de la cavidad bucal y sus funciones de la boca, los dientes, la encía

Anatomía de la boca y de los dientes: reconocimientos de zonas en su persona, como lengua, carrillos, mejillas, dientes, muelas, lengua, paladar,

labios y encía. También se mostrará la anatomía dental en donde se explicaran las caras del diente por vestibular, lingual, palatino y oclusal, utilizando términos como afuera, adentro, arriba y abajo. Estas actividades se realizaran con el apoyo de un tipodonto, en donde se le pedirá a la paciente que señale las zonas en ella misma.

Placa bacteriana. Se explicara en lenguaje sencillo y con imágenes de rotafolio que la placa bacteriana es una película transparente, formada por diferentes microorganismos que constantemente se van adhiriendo sobre los dientes, la encía y la lengua y que cuando se ingieren alimentos que contienen azúcar - caramelos, chicles, pastelillos y papitas entre otros- las bacterias de la placa los usan para producir ácidos que destruyen el esmalte de los dientes. También otras bacterias eliminan sustancias irritantes llamadas toxinas que actúan sobre la encía, inflamándola.

Caries dental. Con un cariograma se explicará que la caries es un proceso infeccioso que avanza de manera gradual desde la superficie del esmalte de los dientes hacia el interior de los mismos y que si esta enfermedad se atiende cuando está en su etapa inicial, puede no avanzar.

Enfermedad periodontal. Con imágenes fotográficas se mostrará que la enfermedad de la encía afecta la estructura de soporte de los dientes. Las bacterias presentes en la placa bacteriana causan enfermedad periodontal. Si no se retira todos los días con una adecuada técnica de cepillado e hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo –conocida también como sarro–.

b. Cómo conservar la salud bucal con medidas preventivas

Uso de pasta y cepillado.

El objetivo principal del cepillado es desorganizar la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encía, de modo de impedir que las bacterias cariogénicas produzcan los ácidos que dañan las capas externas de los dientes.

Como cepillar los dientes. Se pregunta a la paciente lo que necesita para cepillar los dientes y en caso de no saber se le guía diciendo: cepillo, pasta, agua, con la idea que ella lo recuerde en la próxima plática que tiene que utilizar cada que se le dé técnica de cepillado.

Técnica de cepillado. Conociendo las zonas o estructura, los utensilios y el por qué hay que cepillar los dientes, se procederá a exponer el cómo se debe realizar el cepillado, para lo cual una vez que se observe la habilidad motriz de la paciente se definirá la técnica de cepillado acorde a cada una de ellas. En estos casos se piensa que las técnicas de cepillado idóneas será la de que los dientes de arriba se cepillan hacia abajo, los dientes de abajo se cepillan hacia arriba, tomando en cuenta que se deben cepillar por su cara interna y externa para lograr un buen cepillado dental. Posteriormente se cepilla la cara masticatoria de todos los molares y premolares con movimientos circulares. Para facilitar el cepillado de los dientes –con el apoyo del pasante– del lado izquierdo el codo debe estar a la altura del hombro y para los del lado derecho el codo deberá colocarse lo más próximo al cuerpo. Una vez terminado el cepillado de dientes y encía, se cepilla la lengua en forma de barrido de atrás hacia adelante.

El lavado debe durar al principio 3 minutos para que la boca quede bien limpia.

Para facilitar este trabajo y se siga haciendo repeticiones del mismo, dicha técnica se dará y explicara a los enfermeros de la unidad del turno de trabajo con la intención de hacer que ellos tengan un mejor autocuidado y que lo

reflejen en sus pacientes con una perspectiva mejor de lo que el cepillado dental influye en las enfermedades bucales indicándoles que se debe realizar por lo menos dos veces por día, al levantarse y al ir a dormir. Reportando notas en el expediente de la realización o no del cepillado.

Programa curativo

Una vez seleccionadas las pacientes, se agendarán citas para que el personal de enfermería lleve controladamente a las pacientes para un tratamiento curativo de no más de 30 minutos de duración.

En la primera sesión se realizará el levantamiento de índices epidemiológicos de higiene bucal de O'Leary, CPOD para experiencia de caries dental y el periodontal de Russell para conocer el estado periodontal antes y después de la aplicación del protocolo de intervención en salud bucodental.

Posteriormente, se procederá a realizar la profilaxis para cada paciente. El personal de enfermería será el encargado del traslado de las pacientes y también auxiliaran durante el manejo odontológico de las pacientes.

Se promoverá el uso de selladores de fosas y fisuras sobre el esmalte sano de las caras masticatorias de los dientes posteriores, con la finalidad de impedir que la placa bacteriana se establezca en estos sitios y sea posible prevenir la aparición de caries dental.

Restauración con amalgamas. Para las pacientes con caries dental se les trabajara por cuadrante con el propósito de iniciar y concluir el procedimiento.

Exodoncias y otros. Cuando sean extracciones se procederá a hacerlas en citas especiales sin hacer cuadrante cavidades, ni obturaciones ese día; en pacientes con bolsas periodontales se realizara un raspado y curetaje semanal de inicio disminuyendo a progresión y siguiendo con técnica de cepillado diario de inicio.

Después de los 8 meses se concluirá el servicio de los pasantes, por lo que en la primer semana del nuevo ciclo de pasantías, se pasará la responsabilidad de control periódico a los nuevos pasantes con la finalidad de que se vuelva un programa permanente y que las pacientes de la UCP no vuelvan a caer en un abandono de la salud estomatognática.

Índices epidemiológicos

Índice de placa de O'Leary

Es un método de registro simple para identificar las superficies dentales con placa dentobacteriana. Las únicas superficies que son valoradas en este examen son proximales, bucales, linguales y palatinas, excluyendo a las oclusales.

Procedimiento

Indicar al paciente que utilice tabletas reveladoras, una vez teñidas las superficies, el examinador deberá recorrerlas auxiliándose de un espejo y un explorador. El recorrido se realizará en la arcada superior, desde el molar en la posición más distal del segmento a evaluar, concluyendo el examen con el homólogo del lado contrario, para continuar con la arcada inferior, desde el molar en la posición más distal del segmento, concluyendo el examen con el homólogo del lado contrario.

El método consiste en registrar en un odontograma con color rojo las superficies que presentan placa bacteriana, dejando en blanco en las que se encuentre ausente y marcando con una cruz a aquellos dientes que por alguna razón no se encuentren clínicamente presentes.

El resultado se obtiene:

$$\text{O'Leary} = \frac{\text{Total de superficies teñidas}}{\text{Total de superficies revisadas}} \times 100$$

En donde > 20% superficies cubiertas con PDB es riesgo para altos índices de caries.

Índice de cálculo simplificado

Como complemento a la valoración del índice gingival, se diseñó un índice para evaluar la presencia y cantidad de cálculo en la superficie dental

Procedimiento

Índice de cálculo simplificado

Como complemento a la valoración del índice gingival, se diseñó un índice para evaluar la presencia y cantidad de cálculo en la superficie dental.

Procedimiento

Se revisa las superficies vestibular de los dientes 16, 11, 26, 36, 46 y lingual del 31 con movimientos en zigzag desde la superficie incisal y oclusal con un explorado, tomando como base los siguientes criterios:

Cuadro 1. Criterios para establecer el nivel de cálculo.

Código	Criterio	Signo clínico
0	Ausencia de cálculo supra o subgingival	
1	Presencia de cálculo supragingival	

	cubriendo más de 1/3 de la superficie examinada.	
2	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival	
3	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.	

El procedimiento para la obtención de la presencia de cálculo individual es:

$$\text{Índice de calculo} = \frac{\text{Frecuencia de veces X código}}{\text{No. de dientes revisados}}$$

El resultado final se compara con la escala de clasificación siguiente:

Cuadro 2. Escala para clasificación del índice del cálculo dental.

Puntuación	Clasificación
0.0 – 1.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
≥ 6.6	Muy alto

Índice de experiencia de caries dental CPOD

Este índice facilita una descripción general de la presencia y comportamiento de la caries. Las iniciales CPO significan cariado, perdido y obturado, corresponden a las condiciones en que se encuentran las piezas dentales.

Cariado: Cuando existe una lesión en alguna foseta, fisura o superficie lisa, con piso o pared reblandecidos o pérdida de la continuidad del esmalte, detectable con un explorador, cuando existe una obturación temporal. Las condiciones

patológicas previas a la cavitación no se consideran como caries por que no se pueden diagnosticar con certeza.

Obturado: Diente con una restauración realizada con material de obturación permanente, sin evidencia de caries en ninguna zona de su superficie.

Perdido: Dientes que han sido extraídos debido a caries dental.

Extracción indicada. Dientes que se encuentran totalmente destruidos y con presencia de absceso que hacen necesario su inmediata extracción.

Para lo cual en un odontograma donde aparecen los 28 dientes permanentes se considera el código correspondiente al estado de ese diente, bajo los códigos y criterios siguientes:

Cuadro 3. Criterios para establecer el nivel de dientes cariados

Código	Criterio
1	Cariado
2	Obturado
3	Perdido
4	Extracción indicada
5	Sano

El examen comienza en el cuadrante superior derecho con el último molar presente, las superficies se revisan en el siguiente orden: oclusal, palatino, distal, vestibular, mesial. Al llegar al incisivo central superior izquierdo el orden es el siguiente: palatino, mesial, vestibular, distal.

Se anota el número de dientes cariados, obturados, perdidos, obturados, extracción indicada así como los sanos; posteriormente se suman todos los dientes con experiencia de caries exceptuando los sanos.

Índice periodontal de Russell

Conocido como índice periodontal; asigna valores diferentes a cada estadio detectable, dependiendo de la gravedad del signo identificado, bajo los criterios siguientes:

Cuadro 4. Criterios para establecer el nivel periodontal de Russell.

Código	Criterio
0	Encía sana. No existen signos de inflamación periodontal
1	Gingivitis leve, inflamación en la encía libre, esta inflamación no rodea completamente al diente
2	Gingivitis: inflamación en toda la encía libre que rodea completamente algún diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial.

6	Gingivitis con formación de bolsa: ruptura de la adherencia epitelial y evidencia de la bolsa periodontal. No existe movilidad dental.
8	Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria, bolsa profunda y movilidad.

Procedimiento

Para su obtención solo basta un espejo dental, lo que permite ser aplicado a poblaciones numerosas con un costo reducido. El resultado final por persona es el siguiente:

$$\text{IP de Russell} = \frac{\sum (\text{Frecuencia} \times \text{código})}{\text{Número de dientes presentes}}$$

El resultado final se compara con los criterios de estado periodontal siguientes:

Cuadro 5. Criterios de estado periodontal.

Puntuación	Criterio de estado clínico periodontal	Descripción	Diagnóstico
0.0 – 0.2	Normal	Tejido de soporte clínicamente normal.	Sano
0.3 – 0.9	Leve	Inflamación de la papila y de la encía marginal.	Gingivitis leve
1.0 – 1.9	Severa	Inflamación de la encía marginal + sangrado a la presión.	Gingivitis aguda
2.0 – 2.9	Destructiva inicial	Migración patológica de la inserción epitelial, pérdida ósea horizontal hasta 1/3.	Periodontitis leve
3.0 – 3.9	Destructiva establecida	Profundidad del surco, movilidad dental por resorción de más de 2/3 con defecto óseo.	Periodontitis moderada
4.0 – 8.9	Terminal	Movilidad dental y resorción angular del hueso alveolar de más de 2/3.	Periodontitis avanzada

