



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON ALTERACIONES SENSORIALES
(DISCAPACIDAD AUDITIVA Y VISUAL).

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

VIRGINIA ABIGAIL RAMÍREZ VELÁZQUEZ

TUTOR: Mtra. GEORGINA AVILÉS CORONEL



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres José Pedro y María de Jesús.

Gracias por su apoyo, amor, paciencia y brindarme todos los valores a lo largo de mi vida. Gracias por trabajar tan duro y darme lo necesario para llegar hasta aquí. Gracias porque nunca tuve que pedir nada y sin embargo lo recibí todo. Gracias por creer en mí. Gracias por ser mis primeros pacientes, aun con el miedo que sentían. No hay suficientes gracias para describir el profundo agradecimiento que les tengo. ¡Lo logramos! Eso que tantas veces soñamos juntos se está haciendo realidad. Los amo con todo mi corazón, sin ustedes nada de esto sería posible.

A mis hermanos Zuriel Sebastián y Diana Paola.

Gracias por ir de la mano conmigo y estar para mí en cada etapa de mi vida, dándome consejos y motivación. Gracias por su apoyo y por creer en mí.

A mi abuelita María del Socorro.

Gracias por siempre estar al pendiente de mí, por confiar que llegaría hasta aquí, por tus palabras, por tus ánimos, por tu amor, por siempre motivarme, esto es por ti. Te amo por siempre.

A mi familia.

Gracias por los consejos, por el apoyo y estar cerca de mí. Gracias por creer en mí y compartir momentos inolvidables. No podría tener mejor familia que ustedes.

A mis amigos Arantxa, Carolina, Gabriela y Pablo.

Gracias por las risas, por las pláticas, por darme motivación, por el apoyo en clínicas y otro tanto en la vida. No hay palabras para agradecer todo y describir lo afortunada que soy de encontrar personas como ustedes en mi camino. Siempre de la mano ¡lo estamos logrando!

A mis profesores.

Gracias por su disposición, aliento y compartir todos sus conocimientos que me hicieron llegar a ser una profesionalista.

A mi tutora Georgina.

Gracias por sus enseñanzas, su paciencia, explicaciones y por brindarme esas valiosas horas para la realización de este trabajo.

A la UNAM y Facultad de Odontología

Gracias por abrirme sus puertas, por brindarme todas las herramientas para ser mejor, por darme todos los conocimientos para lograr ser una profesionalista, por darme las mejores etapas de mi vida, por permitirme conocer personas hermosas que estarán toda mi vida. Estaré eternamente agradecida y orgullosa por haber formado parte de la mejor universidad de México.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. OBJETIVO.....	2
2. ANTECEDENTES.....	3
2.1 Definición de alteraciones sensoriales.....	3
2.2 Definición de discapacidades auditivas y visuales	4
3. TRATAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ALTERACIONES SENSORIALES.....	5
4. CONTROL DE LA CONDUCTA EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA.....	12
4.1 Objetivos.....	12
4.2 Clasificación de las técnicas de control de la conducta.....	13
5. ALTERACIONES SENSORIALES.....	15
5.1 Discapacidad auditiva.....	15
5.1.1 Definición.....	15
5.1.2 Clasificación.....	16
5.1.3 Repercusiones dentarias.....	18
5.1.4 Procedimiento a seguir para atender a un paciente con dificultades auditivas.....	19
5.2 Discapacidad Visual.....	20
5.2.1 Definición.....	20
5.2.2 Repercusiones dentarias.....	22
5.2.3 Manejo odontológico del paciente con discapacidad visual	23
5.2.3.1 Factores a tener en cuenta antes de tratar a un paciente pediátrico con discapacidad visual en el consultorio dental.....	23
5.2.3.2 Primera visita al consultorio dental.....	23
5.2.3.3 Visitas sucesivas.....	24

5.2.3.4 Manejo de la conducta.....	25
5.2.3.1 Programa preventivo.....	26
5.3 Discapacidad visual y auditiva.....	27
5.3.1 Definición.....	27
5.3.2 Consideraciones de tratamiento.....	28
6. CONCLUSIONES.....	30
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

INTRODUCCIÓN

La discapacidad sensorial ha incrementado en los últimos años en México, y aunque los pacientes pediátricos son los menos afectados, se requiere que todos los equipos dentales estén capacitados para brindar una mejor consulta odontológica.

En ella se encuentran las discapacidades auditiva y visual, estas pueden ser parciales o totales, congénitas o adquiridas; las adquiridas en las primeras etapas de vida serán más graves al no haber desarrollado las diferentes aptitudes relacionadas con el aprendizaje.

Todo personal que trate a un paciente con alguna discapacidad sensorial deberá tener conocimiento acerca de los diferentes procedimientos a seguir, así como estar preparado, ser amable, empático, y comprensivo para facilitar su atención, descubrir sus necesidades y hacerles partícipes del tratamiento.

La atención del paciente inicia cuando llega a la sala de espera, ya que en ocasiones se puede generar miedo, nervios, ansiedad o cansancio, por ello es importante una correcta planificación de las citas y no hacerlos esperar.

Para fortalecer la relación odontólogo-paciente, es conveniente que sea el mismo profesional quien atienda al paciente desde un principio para asegurar el seguimiento y la continuidad.

Todo odontopediatra debe regirse por una filosofía fundamental: tratar al paciente, no al diente. Se deberá ganar la confianza y cooperación del paciente pediátrico considerando sus sentimientos, efectuando el tratamiento de manera amable y no sólo preocuparse de proporcionar la atención requerida en ese momento sino, además, promover la futura salud dental del paciente pediátrico, mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas sobre el tratamiento dental.

OBJETIVO

- Dar a conocer la definición y clasificación de las dificultades sensoriales, así como procedimientos a seguir en el consultorio dental para permitir a los pacientes pediátricos que las tengan tener una mejor experiencia, estableciendo un correcto plan de tratamiento, con el fin de mejorar su estado de salud bucal, creando un proceso de reflexión en todo el personal odontológico.

ANTECEDENTES

Alteraciones sensoriales

Se definen como disfunciones parciales o totales, congénitas o adquiridas, de las funciones de alguno de los sentidos que nos permiten percibir el medio sea externo o interno.

En las alteraciones sensoriales encontramos las deficiencias visuales (figura 1), auditivas (figura 2), o ambas.¹¹

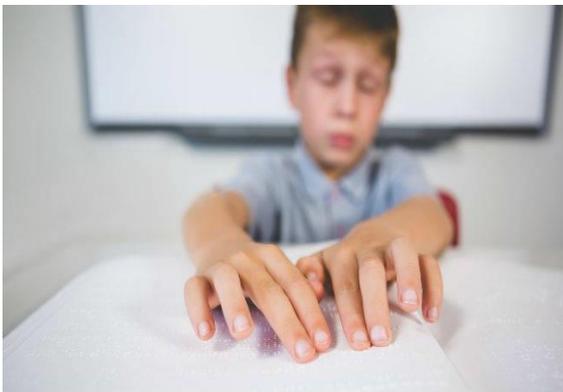


Figura 1. Deficiencia visual
Fuente: <https://www.unir.net/wp-content/uploads/2020/02/discapacidad-visual-unir-1.jpg>



Figura 2. Deficiencia auditiva
Fuente: <https://thewarrencenter.org/wp-content/uploads/2020/06/Auditory-Impairment.jpg>

Discapacidades auditivas y visuales

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe que el funcionamiento se relaciona con las funciones, estructuras corporales, actividades y participación.

La discapacidad auditiva se relaciona con la deficiencia de la percepción de los sonidos en cuanto a localización, tono, volumen y calidad, teniendo como principal dificultad la comunicación y el desarrollo cognoscitivo, emocional y social.¹

La dificultad auditiva depende de la interacción con otras personas y la falta de experiencias que se llegan a dar por la falta de comunicación, ya que por sí misma no determina la evolución intelectual de una persona.

La discapacidad visual se describe como inadecuado desarrollo de los órganos visuales ocasionado por enfermedades o accidentes que afectan a los ojos, al nervio óptico o al área sensorial del cerebro.

Las personas con dificultades visuales que no pueden ver nada o únicamente tienen una ligera percepción de luz no podrán hacer lo propio en lo que respecta a la forma de los objetos.

A diferencia de las personas con baja visión, ya que, con la mejor corrección posible, con esfuerzo y dedicación, pueden distinguir algunos objetos muy cercanos, así como leer con diferentes técnicas, caracteres ampliados o macro tipos.

Las personas con discapacidad visual basarán su conocimiento de la realidad a partir de estímulos táctiles (figura 3), auditivos y lenguaje, debido a eso la información obtenida a través del lenguaje configura en gran medida los significados, sobre todo aquellos que no puedan ser percibidos a través del tacto. ¹



Figura 3. Estímulos táctiles en personas con discapacidad visual
<https://axiomaestudidental.com/wp-content/uploads/2018/08/primer-visita-dentista-juegos-ninos.jpg>

TRATAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ALTERACIONES SENSORIALES

Se llevarán a cabo estrategias de atención inclusiva, las cuales implican el amplio conocimiento de las discapacidades sensoriales, enfermedades sistémicas y su grado de riesgo médico, manifestaciones orales, trabajar en equipos multidisciplinarios para realizar un abordaje integral y social para personalizar el plan de tratamiento, conocer las técnicas de manejo de la conducta a fin de evaluar la modalidad de atención adecuada y personalizada, además de capacitarse y actualizarse continuamente.²³

En la práctica odontológica se deben llevar a cabo diferentes pasos para tener éxito en la consulta dental:

- Contacto con los padres: Comienza por teléfono (figura 4) atendiendo las preocupaciones de forma amable y concisa a las preguntas, y ofreciendo una cita.⁶



Figura 4. Agendar cita por teléfono
https://brandandhealth.com/wp-content/uploads/2020/04/bh_atencion-telefonica-empatica_la-clave-para-conectar-con-tus-pacientes.png

- Historia clínica: Documento que incluye toda la información referente a la salud dental de un paciente, deberá ser personal, integrada, observando y escuchando.

Es necesario comprender bien los antecedentes físicos del paciente, lo que exige una historia médica completa, exacta y la consulta con el médico del paciente; y verificar si existen condiciones como problemas cardíacos o trastornos convulsivos. La consulta puede estar indicada también con terapeutas de otras disciplinas, como los psicólogos, audiólogos y foniatras.

La comunicación y la cooperación del paciente pediátrico son dos variables importantes, ambas relacionadas con la edad y el grado de desarrollo, en el cual influyen factores como las experiencias previas, propias y de su entorno familiar y social, participando dentro del triángulo: padres-niño-odontólogo y favorecen o limitan su relación directa con el profesional.

La historia clínica (figura 5) precede a la exploración odontopediátrica y en niños pequeños generalmente la relata un intermediario (padres).

La entrevista con el padre y el paciente pediátrico permite al odontólogo valorar la relación padre-niño y la respuesta de éste al ambiente dental.

Se incluyen los antecedentes sociales, en donde se registrará el nombre, edad y domicilio del paciente. Es necesaria la presencia de los padres, los cuales podrán facilitar datos útiles para la relación odontólogo-paciente, como nombre abreviado, apodo, mascotas, actividades favoritas en casa y en el colegio. También se incluirán el motivo de consulta, información acerca de contar con padres, hermanos, ocupación del padre y de la madre, la distancia y dificultad del viaje para el tratamiento.

En los antecedentes médicos se encuentran familiares, hereditarios y personales. Se abarcan enfermedades, medicamentos que toma en la actualidad, alergias, intolerancias, intervenciones quirúrgicas y hábitos tóxicos del paciente.

Continuando con los antecedentes dentales, donde se registrarán todos los problemas previos de salud bucal del paciente pediátrico, como caries, traumatismos, malposiciones dentarias, odontalgias, pérdidas dentarias y su causa, alteraciones de los tejidos blandos y tratamientos odontológicos previos.²



Figura 5. Elaboración de historia clínica
<https://estudientalbarcelona.com/wp-content/uploads/2018/06/historia-clinica-odontologia.jpg>

- Examen odontológico: Se realizará un examen bucal al paciente y se desarrollará un plan de tratamiento, que incluirá un plan preventivo (previniendo problemas futuros), requiriendo así el consentimiento de los padres. La exploración debe ser sistemática y garantizar una evaluación completa sin omisiones. Cada estructura anatómica debe ser examinada en su integridad, función, nivel de desarrollo y patología.

Se realizará una exploración extraoral, asociada la estética facial, análisis de asimetrías o signos que pongan de manifiesto patologías sistémicas, y una exploración intraoral (figura 6), donde se revisan tanto los dientes como los tejidos blandos de la cavidad bucal, registrándose presencia de caries, obturaciones, patologías periodontales e higiene bucal.²



Figura 6. Realización de examen intraoral
https://artdenta.es/wp-content/uploads/2018/06/IMG_2419-300x300.jpg

- Diagnóstico: Se realiza para conocer el estado actual de los dientes, encías y estructuras de toda la boca. Con este examen sabremos si el estado dental es adecuado o se necesita realizar algún tratamiento.²
- Inspección: Método de exploración física para detectar alteraciones mínimas de la mucosa oral, en cuanto a forma, color, tamaño. Se inicia la exploración con la inspección de la cara y de la región perioral. A continuación, se inspeccionan los labios y la zona del margen labial con la boca cerrada y la boca abierta para detectar posibles alteraciones del color y de la superficie.¹⁴
- Palpación: Proporciona datos sobre la temperatura de la superficie, la extensión, el tamaño y la forma de las alteraciones subepiteliales, así como sobre la consistencia, la fluctuación, la posibilidad de vaciado y el dolor a la palpación de las alteraciones patológicas.¹⁴
- Percusión: Es el acto de golpear suavemente un diente con un instrumento plano, tanto en incisal u oclusal como en labial o lingual.¹⁴
- Transiluminación (figura 7): Método práctico para el diagnóstico de caries, la luz visible es enviada por una fibra óptica al diente, la luz se propaga desde la fibra a través del tejido dentario hasta la superficie opuesta.¹⁴

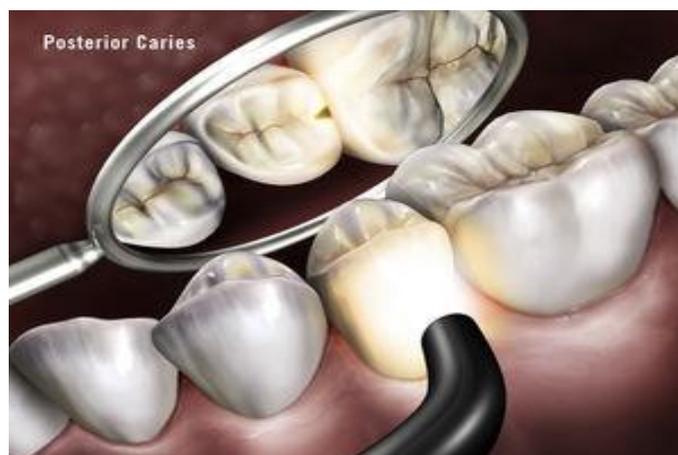


Figura 7. Transiluminación
https://img.medicalexpo.es/images_me/photo-m2/71230-12552062.jpg

- Pruebas de vitalidad: Examinan la presencia de flujo sanguíneo pulpar.¹⁵
- Modelos de estudio: Réplica exacta de las estructuras dentales y tejidos adyacentes del paciente.¹⁶
- Pruebas de laboratorio: Nos orientan y ayudan en el diagnóstico de las patologías de un paciente, así como del grado de afectación que presenta dicho paciente.¹⁷
- Radiografías: Las radiografías pueden tomarse de manera digital o en una película. El examen radiográfico nos ayuda en la preparación de plan de tratamiento (generalmente en la segunda cita) una vez que el paciente se haya familiarizado con el consultorio y lo haya encontrado un lugar amistoso.¹⁸
- Fotografías (figura 8): Nos permiten analizar al milímetro la anatomía oral, ayudando a optimizar el trabajo y seguir avanzando hacia una mayor calidad.¹⁹



Figura 8. Fotografía clínica
<https://www.redvital.com/wp-content/uploads/2021/12/Fotografia-clinica.-Parte-II-min.jpg>

- Plan de tratamiento: Plan detallado con información sobre el objetivo del tratamiento, las opciones de tratamiento de la enfermedad y los posibles efectos secundarios, así como la duración esperada del tratamiento. Puede incluir información sobre el costo, la atención regular de seguimiento después de que el tratamiento termine y un

programa preventivo, pues es muy importante para los pacientes pediátricos con dificultades sensoriales debido a los factores sociales, físicos y médicos. El odontólogo debe percibir las necesidades del paciente y asumir la responsabilidad de formular un programa individual para el paciente pediátrico y transmitir adecuadamente a los padres y al paciente cómo se llevará a cabo tal programa. La comunicación adecuada es vital.⁶

- Atención en el hogar: Los padres tienen la responsabilidad inicial de establecer una buena higiene bucal en el hogar. El odontólogo debe instruir a los padres para cepillar de manera correcta los dientes de los pacientes con un cepillo infantil, y las posiciones para sostener al paciente pediátrico con seguridad, cuando es necesario.¹⁰

Para los niños mayores, se les instruirá a los padres las técnicas de cepillado correctas. Algunas de estas técnicas pueden ser:

1. El paciente pediátrico sentado o de pie, es colocado frente al adulto de modo que este pueda sostener la cabeza con una mano y usar la otra para cepillar sus dientes. (figura 9)
2. El paciente pediátrico se reclina en un sofá o en una cama, con su cabeza hacia atrás en el regazo del padre, la cabeza es sostenida con una mano y los dientes son cepillados con la otra.
3. Los glúteos del paciente pediátrico son colocados en el regazo de un padre, con el niño enfrentado a él, mientras la cabeza y los hombros descansan en las rodillas del otro padre, permitiendo así que el primero cepille los dientes.¹



Figura 9. Técnica de cepillado por los padres
https://www.colgate.com/content/dam/cp-sites/oral-care/oral-care-center/en_us/article/stock-photo-dad-brushing-young-daughters-teeth-156930133%202.jpg

Los padres deben saber que juegan un papel realmente importante para evitar serias consecuencias dentarias, pues pacientes pediátricos con alteraciones sensoriales que asumen la responsabilidad de su propia higiene bucal, según centros de atención dentaria, han resultado no tener la habilidad suficiente.

La técnica de cepillado más eficaz y sencilla, es el método horizontal (figura 10), el cual consiste en movimientos horizontales suaves en las caras vestibulares, linguales y oclusales de todos los dientes y encías, usando un cepillo de multipenachos blandos de nylon. Los cepillos eléctricos han sido usados eficazmente.

El programa de control de placa-Riley, puede ser utilizado en el hogar, es un método para determinar el nivel de éxito alcanzado por el paciente en la eliminación de placa dental.¹¹

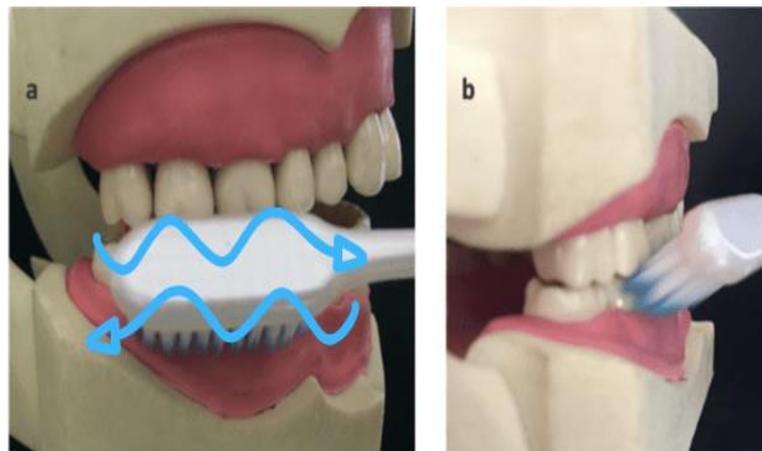


Figura 10. Técnica de cepillado método horizontal
<https://i0.wp.com/omident.cl/wp-content/uploads/2021/02/Disen%CC%83o-sin-ti%CC%81tulo-4.png?fit=596%2C278&ssl=1>

CONTROL DE LA CONDUCTA EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

Objetivos:

- Establecer una buena comunicación con el paciente pediátrico y los padres.
- Ganar la confianza del paciente pediátrico y los padres y su aceptación del tratamiento dental.
- Explicar al paciente pediátrico y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
- Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el paciente pediátrico.
- Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el paciente.³

Clasificación de las técnicas de control de la conducta:

- Técnicas de comunicación: La comunicación con el paciente es la verdadera clave para dirigir la conducta, tanto verbal como paraverbal (contacto visual). Iniciando con el saludo de forma agradable (figura 11), y preguntándole sobre sus gustos e intereses. Evitar mentirles sobre algún procedimiento del tratamiento, y mejor explicarles las cosas de forma que puedan entenderlas, al igual que evitar un lenguaje ofensivo, o pronunciar palabras que puedan inspirar miedo al paciente. La expresión facial del odontólogo debe acompañar al cambio de tono de voz.



Figura 11. Saludo al paciente de forma agradable
https://brandandhealth.com/wp-content/uploads/2019/07/bh_momentos-de-verdad-en-la-clinica-dental.png

Asimismo, es muy favorable reconocer su buen comportamiento, felicitándolo, verbalmente o dándole un incentivo.³

- Técnicas de modificación de la conducta: Se requiere de tiempo y paciencia por parte del equipo odontológico aplicar alguna de estas técnicas. La primera es el refuerzo; el refuerzo positivo (figura 12) se trata de premiar buenas conductas de parte del paciente por parte del odontólogo y su equipo, pueden ser de tipo social (sonrisas, expresiones de agradecimiento) o premios (juguetes, cepillos dentales, calcomanías); el refuerzo negativo, por el contrario, se trata de evitar premiar al paciente si este ha tenido una conducta no ideal, con el fin de que en la próxima visita sea de diferente manera. La siguiente es la desensibilización, esta técnica incluye relajación muscular al paciente, evitando la ansiedad. Se trata de romper vínculos entre el objeto que es temido por el paciente y los condicionantes que provocan el miedo permitiendo al paciente tocar el instrumental y explicarle su función de manera que el entienda, y utilizarlo ya sea en un muñeco o en alguna superficie para que el miedo que había anticipado ya no exista.

La última técnica es la imitación, en donde los pacientes pediátricos observan el comportamiento de otros niños que son atendidos en el consultorio dental,

ya sea enseñándole un video, o permitiendo que acceda a la zona de atención, o dado el caso, observe como atienden a



Figura 12. Técnica de refuerzo positivo
https://m9p8e5u6.rocketcdn.me/wp-content/uploads/2022/07/shutterstock_hedgehog94.jpg

- Técnicas de enfoque físico: Controlan o limitan los movimientos de los pacientes pediátricos para su protección al realizar tratamientos dentales. Tienen como objetivo ganarse la atención del niño, enseñarle la conducta adecuada, protegerlo de lesiones y hacer más fácil la técnica dental.

Algunas consideraciones para aplicar estas técnicas son que solo deben ser utilizadas después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales, se emplean como parte de tratamiento y no como castigo, se deben explicar de forma amigable cómo se llevarán a cabo, se les explicará a los padres como se utilizan, obteniendo su total consentimiento.

Los tipos de técnicas de enfoque físico son el uso de abrebocas (figura 13), controlando la apertura de su boca; el control físico por parte del odontólogo, manteniendo el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y piernas durante el tratamiento; el control físico mediante dispositivos específicos, incluyéndose toallas, sábanas, cinturones para evitar movimientos bruscos.³



Figura 13. Uso de abrebocas
https://i.ytimg.com/vi/9qRR_7CDfwQ/maxresdefault.jpg

ALTERACIONES SENSORIALES

Discapacidad auditiva

La hipoacusia neurosensorial es la pérdida de la audición en la que se encuentran alteraciones en el nervio auditivo o en los núcleos auditivos del tronco cerebral, estas pueden ser parciales (mínima pérdida) o totales (pérdida profunda), congénita o adquirida. ²⁰

La hipoacusia congénita (figura 14) se refiere a personas que nacieron con la discapacidad, esta se clasifica en tres grupos: hereditaria, debida a influencias genéticas; prenatal, debida a influencias durante el desarrollo embrionario; y perinatal, debido a accidentes al momento de nacer o poco tiempo después. La hipoacusia adquirida se refiere a personas que nacieron con una función auditiva normal; sin embargo, el sentido de audición se pierde posteriormente debido a múltiples causas, como infecciones virales, lesiones o medicamentos. ²⁰

La discapacidad auditiva llega a generar problemas de comunicación a las personas que la padecen, entre mayor sea la incapacidad, las alteraciones psicológicas, emocionales y sociales aumentan. Esta incapacidad de comunicación es un reto al momento de acudir a servicios de atención bucal, por ello el equipo dental deberá llevar a cabo diferentes procedimientos a seguir para lograr la consulta con éxito. ²⁰



Figura 14. Hipoacusia congénita
<https://www.savatnet.cl/medios/mm/noticias/2021/06/140457ng01.jpg>

Clasificación

De acuerdo a las condiciones del oído interno se clasifican en:

- Leve (pérdida de 15 a 30 decibeles): La incapacidad es ligera, interfiere poco con el desarrollo y requiere poca ayuda.
- Parcial (pérdida de 30 a 65 decibeles): Se requiere amplificación, combinada con lectura de los labios.
- Grave (pérdida de 65 a 95 decibeles): La conversación debe ser muy cerca y fuerte, para ser entendida, así como la amplificación puede ser útil si se complementa con lectura labial. Los entrenamientos auditivos y de dicción deben iniciarse temprano.
- Profunda (pérdida de 95 decibeles y más): Generalmente, pueden oír unos pocos sonidos, si son amplificados. ²¹

De acuerdo a la ubicación anatómica de la pérdida de audición se clasifican en:

- Pérdida conductiva: Afecta el aparato del oído medio, estas reducen la diferencia entre sonidos conducidos por el aire y sonidos producidos por vibración directa del cráneo (conducción ósea).
- Pérdida sensorio neural: Afecta el caracol, los nervios del caracol o las vías centrales. Las pruebas para el daño del caracol pueden utilizar el fenómeno de reclutamiento que incluye un sonido de baja intensidad seguido rápidamente por un sonido de intensidad elevada. ²¹

Es muy importante detectar a tiempo la pérdida auditiva, de esta forma se evita que siga avanzando; las pruebas de distracción durante los primeros estadios de vida, llegan a ser muy importantes, pues indican una respuesta positiva ante un sonido, al igual que observar que los niños con pérdida auditiva extrema llegan a omitir sonidos como /f/, /d/, /sh/, y /s/ en su dicción.

Los audífonos pueden ser utilizados aproximadamente a los 4 años de edad, estos amplifican ciertos sonidos para una mejor comunicación. ²⁰

Una de las recomendaciones en la atención odontológica al atender estos pacientes es la utilización de material gráfico para explicar los procedimientos a seguir, tanto a los niños como a los padres o cuidadores primarios. Los padres o tutores deben ser instruidos para preparar al paciente pediátrico mediante métodos positivos en su primera consulta dental. ²⁰

Es recomendable que las consultas inicien a tiempo y sean lo más breves posible, pues los pacientes pediátricos con esta discapacidad suelen ser poco tolerantes a la espera. Dentro del consultorio, un método que ha dado resultados es el modelado con sus hermanos o algún familiar directo, esto genera mucha seguridad al niño. ²¹

Es importante cambiar el método “decir, mostrar y hacer” por “mostrar/oler, tocar y hacer”; así mismo es recomendable el uso de careta o cubrebocas transparentes (figura 15), pues en estos pacientes las expresiones faciales son importantes como medio de comunicación. Una vez que se obtenga una buena relación entre el niño y el odontólogo, el paciente pediátrico adquirirá un sentido de seguridad y confianza, dándole menos importancia a la presencia de los padres dentro de la consulta. ³



Figura 15. Uso de cubrebocas transparentes
<https://i0.wp.com/wokii.com/wp-content/uploads/2020/06/mascarillas-transparentes.jpeg?fit=1200%2C800&ssl=1>

Se utilizarán la vista, el gusto y el tacto para comunicarse con el paciente y permitir que el paciente pediátrico aprenda sobre las experiencias odontológicas, enseñando los instrumentos, dejando que el paciente los toque y explicándole lo que se hará.³

Estos pacientes pueden ser leedores de labios, usuarios del lenguaje de signos y portadores de audífonos; además, actualmente, muchos pacientes son portadores de implantes cocleares, por tanto, debemos considerar diferentes métodos de comunicación individualizados a cada tipo de pacientes.²¹

La asistencia odontológica, debe ser personalizada, dependiendo de la edad, grado de dificultad auditiva, educación recibida, habilidad comunicativa y problemas asociados.

La comunicación visual es importante; se usarán gestos agradables y para los tratamientos, si fuera necesario, pueden retirarse los audífonos ya que a veces se producen interferencias que pueden ser molestas para los pacientes.³

Repercusiones dentarias

El impedimento de los sentidos, como la pérdida de audición ha sido relacionado con condiciones y síndromes como la displasia ectodérmica y la displasia oculodentodigital (ODD).

La prematurez y la rubéola, dos condiciones que se encuentran con frecuencia relacionadas, están asociadas con mayores hipoplasias del esmalte.

El bruxismo (figura 16) también se encuentra con bastante frecuencia. La razón de esto no se conoce, aunque puede servir posiblemente como una forma de autoestímulo.⁹



Figura 16. Bruxismo en infantes
https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi07/07/2017-n7-E1_Int-Especia_opt.jpeg

Procedimiento a seguir para atender a un paciente con dificultades auditivas

1. Preparar al paciente y al padre antes de la primera visita por medio de una carta de bienvenida con ayuda de ilustraciones donde se mencione el procedimiento a realizar.
2. Por medio del padre durante la cita inicial determinar la forma en la que el paciente desea comunicarse para disminuir sus temores.
3. Comprobar la capacidad del habla y lenguaje teniendo en cuenta la historia médica completa.
4. Enfrentar al paciente y hablar a un ritmo natural sin gritar, ya que las expresiones faciales exageradas dificultan la lectura labial.
5. Observar la expresión del paciente, asegurando que entienda qué es el equipo dental, qué va a suceder y cómo se sentirá.
6. Hacer que el paciente se sienta en confianza (figura 17) con el contacto físico, sosteniendo su mano inicialmente, o apoyando una mano sobre el hombro.
7. Utilizar el enfoque “mostrar/oler, tocar y hacer”, permitiendo que el paciente vea los instrumentos y mostrándoles cómo funciona cada uno.
8. Sonreír y gesticular en forma amigable para promover la confianza y reducir la ansiedad.

9. Evitar bloquear el campo visual del paciente.
10. Adaptar el audífono (si se tiene) mientras funciona la pieza de mano porque va a amplificar todos los sonidos o preferiblemente desconectarlo.⁵



Figura 17. Promover confianza en la consulta odontológica
https://clinicadentalchampsaur.com/wp-content/uploads/2021/07/AdobeStock_221335081.jpeg

Discapacidad visual

La discapacidad visual es una condición que afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial. La vista es un sentido que nos permite identificar a distancia y a un mismo tiempo objetos.

Las personas con discapacidad visual se adaptarán por medio de olores, sabores, sonidos y tacto. El apoyo que reciban en la escuela y desde casa influirá de forma importante en esta construcción, pues en la medida que descubran sus posibilidades y sus habilidades podrán elaborar una autoimagen positiva indispensable para su integración escolar y social.²⁴

Los ojos de un recién nacido obtienen su crecimiento posnatal máximo en el primer año, después continúan creciendo rápidamente pero a una velocidad cada vez menor, hasta el tercer año. En el período neonatal pueden observarse algunas irregularidades como ojos semicerrados que

indican que pueden desarrollarse problemas después. Al nacer la visión es limitada, a las 2 semanas de edad, pueden mirarse los objetos grandes pero no se los puede seguir. A las 4 o 5 semanas se pueden ver objetos relativamente pequeños; los objetos móviles pueden seguirse hacia las 8 a 10 semanas. La capacidad de evitar la luz brillante también está presente alrededor de esta época, al igual que otras actividades sensoriales.²²

La discapacidad visual en los niños no solo dependerá de las características anatómicas y biológicas, sino también de la interacción con el ambiente, pues llegan a tener dificultades a la hora de acudir a los servicios de salud, siendo el problema principal la dificultad para desplazarse.²²

Algunos pacientes con discapacidad visual establecen lazos afectivos muy fuertes con su perro guía, este será de mucha ayuda durante el tratamiento puesto que le dará mayor tranquilidad.

Los pacientes tienen en la consulta una experiencia sensorial con sus otros sentidos. Para realizar tratamientos odontológicos, se les dará todo tipo de explicaciones con ayuda del tacto y del oído; dejando que toquen los instrumentos y escuchen el ruido que producen además de explicar sobre los sabores de anestésicos, colutorios y demás productos de uso odontológico (figura 18).⁷

La técnica de manejo de conducta en estos pacientes, será de “decir-tocar-



probar-oler-hacer”. Los tratamientos deben realizarse de forma ordenada y metódica, evitando movimientos bruscos, informando anticipadamente lo próximo a realizar y preguntando cómo se

Figura 18. Explicación de instrumental odontológico a pacientes pediátricos
<https://ceodont.com/wp-content/uploads/2021/11/como-tratar-pacientes-infantiles-odontologia-scaled.jpg>

siente, sin dejar de mantener contacto continuo con el paciente. El contacto físico al dirigirse al paciente con discapacidad visual es importante para generar confianza como, por ejemplo, poner la mano en el hombro durante los movimientos del sillón, para generar confianza y buena comunicación entre el paciente y el odontólogo.³

Repercusiones dentarias

Los pacientes con discapacidad visual no tienen patología oral específica; la caries, la gingivitis y la enfermedad periodontal dependen de la dificultad de mantener una higiene oral correcta, sin embargo, los trastornos hipoplásicos de la dentición primaria han sido asociados con condiciones como la incompatibilidad Rh, diabetes materna y prematuridad estrechamente vinculadas con discapacidad visual, auditiva y otras anormalidades.

Llegan a presentar con más frecuencia traumatismos en los dientes temporales anteriores (figura 19) y lesiones de hipoplasia en los permanentes sucesores, pues suelen tener más accidentes en los primeros años de vida. También es más frecuente la inflamación gingival, debido a la mayor dificultad para detectar y eliminar la placa.⁹



Figura 19. Traumatismos en dientes temporales anteriores
<https://ceodont.com/wp-content/uploads/2021/11/como-tratar-pacientes-infantiles-odontologia-scaled.jpg>

Manejo odontológico del paciente con discapacidad visual

Factores a tener en cuenta antes de tratar a un paciente pediátrico con discapacidad visual (figura 20) en el consultorio dental:

- Edad del paciente y edad de inicio del defecto visual.
- Causas de la discapacidad visual, grado del defecto visual y condición ocular actual.
- Actitud de los padres ante la situación.
- Desarrollo del lenguaje (lectura en Braille).
- Adaptación social, afectiva y de conducta.
- Escolaridad.
- Discapacidades múltiples.
- Dificultades para la alimentación.
- Tratamientos dentales previos y su aceptación. ⁴

Primera visita al consultorio dental:

- Al conducir al paciente al consultorio, preguntarle si desea ayuda, no agarrar, no mover y no detener al paciente sin haberle advertido antes verbalmente.
- Proporcionar una vía de paso hasta el sillón dental libre de obstáculos (evitar alfombras y cualquier otro elemento del mobiliario que pueda ser estorboso y genere inestabilidad al paso del paciente).
- Todas las habitaciones deben de estar bien iluminadas (pacientes con visibilidad reducida).
- Los muebles no deben de tener bordes afilados.
- Los marcos de las puertas, sus manijas, y los bordes de los escalones deben de estar bien definidos en colores que contrasten para evitar accidentes.
- Si hay escaleras, que tengan pasamanos y sistemas de estabilización de suela del calzado.

- Escrituras en braille en los ascensores y en las puertas de acceso a las salas.
- Los efectos del deslumbramiento pueden hacer que sea difícil ver adecuadamente, por ello debemos cuidar la intensidad de la luz, entrada del sol directamente por la ventana o suelos muy pulidos.
- Hablar de frente, dar la mano durante el recorrido a un paciente y ofrecerle el apoyo de nuestro brazo con previo consentimiento.
- Describir el entorno y favorecer que conozca al personal aumentará su confianza debido a que reconocen las voces del equipo de trabajo, por lo que se debe procurar que siempre sea el mismo.
- Permitir que el paciente en caso de tener anteojos, se los deje puestos para mayor protección y seguridad.⁴



Figura 20. Atención al paciente pediátrico con discapacidad visual
https://3.bp.blogspot.com/_L_MUe7QsfG/TG2vVmM968I/AAAAAAAAABDM/ZfCPVDTdQXU/s1600/Visita_al_odontologo.jpg

Visitas sucesivas:

- Realizar procedimientos sencillos y cortos con explicaciones sencillas y refuerzos positivos.
- Se puede suplir la presencia de la madre o del padre, ayudando de esta forma al paciente pediátrico a ganar autoconfianza e independencia.
- Existen técnicas auxiliares para el tratamiento y la educación dental que pueden servirnos de ayuda como: modelos didácticos de los

dientes (macro modelos), material didáctico escrito en braille, audiolibros e incluso marcadores de pintura plástica en 3D.

- Anunciar las salidas del consultorio y las entradas alegremente.⁵

Manejo de la conducta:

- Decir-tocar-probar-oler-hacer: Los instrumentos que se lleguen a utilizar en los tratamientos pueden ser palpados por el paciente mientras se describen. Los olores fuertes podrían ser desagradables o agradables, según los gustos del paciente. Puede ser útil que el paciente pediátrico los huela antes de utilizarlos. La voz representa un factor necesario en el manejo de la conducta, especialmente en estos pacientes, por lo que el manejo correcto del control de voz es muy importante.³
- Sensibilización y desensibilización:
 - ❖ Ruidos: Existen dos tipos; internos, producidos por el material de inspección al caer en la bandeja metálica o el instrumental rotatorio y externos como timbres y conversaciones.
 - ❖ Instrumental: El paciente debe de sentir los instrumentos o aparatos en su mano y luego se pueden apoyar en la zona peribucal y labial antes de ser introducidos en la boca. Una vez identificados los estímulos negativos, las técnicas de desensibilización ayudan a eliminar los comportamientos negativos frente a estos de manera gradual.
- Técnica de elaboración lúdica: Se basa en que el paciente, a través de un muñeco de apariencia humana, exprese sus afectos y sus temores. Todos los procedimientos y el instrumental serán mostrados y probados primero en el muñeco.⁶

El programa preventivo consta de:

- Instrucciones de higiene oral en donde el paciente reconozca con su propio dedo índice las diferentes zonas de las arcadas dentarias que debe cepillar. El sentido del tacto le ayudará a reconocer las diferentes superficies dentarias que posteriormente cepillará para una mejor remoción de la placa.

La técnica de cepillado más recomendada es el método horizontal y la técnica circular en pacientes pediátricos y la de Stillman o cualquier otra cuando ya ha adquirido destreza. Existen cepillos especiales de dos cabezas, cepillos eléctricos más fáciles de usar o cepillos de mango largo para pacientes con poca destreza manual.⁷

- Control de placa bacteriana que se realizará con éxito manteniendo una adecuada técnica de cepillado y uso de hilo dental.
- Consejo dietético evitando la dieta altamente cariogénica sobre todo si presentan además dificultades en la coordinación motora o las técnicas de motivación positiva para su aprendizaje se basan en alimentos dulces como apoyo.
- Uso de flúor como protector de caries, se hace imprescindible la individualización del caso y la terapia adecuada para cada paciente, de acuerdo a su edad e índice de riesgo.
- Selladores oclusales (figura 21) teniendo en cuenta los requerimientos de su correcta técnica de aplicación. Los selladores de ionómero de vidrio pueden ser una buena opción ya que la técnica es más simple y suma el beneficio de la liberación de fluoruro.⁷



Figura 21. Aplicación de selladores de fosetas y fisuras
https://clinicadental-morenofluxa.es/imagenes/selladores_dentales_clinica_dental_moreno_fluxa_mocloa_arguelles_madrid.jpg

Discapacidad auditiva y visual

Las dificultades graves del oído o de la vista (figura 22), si ocurren a temprana edad o existen desde el nacimiento, afectan el desarrollo de los otros sentidos. El concepto de realidad de los pacientes con una pérdida combinada de la visión y la audición se encuentra alterado. La percepción del mundo físico por estas personas debe depender de los sentidos remanentes intactos.

La alteración de la conducta de los pacientes con esta condición, puede variar mucho. ⁸



Figura 22. Discapacidad auditiva y visual
<https://cursosamericanos.com/fotos-cursos/curso331-0.jpg>

Definición

Discapacidad que surge como consecuencia de la combinación de una deficiencia visual y una deficiencia auditiva.

Las incapacidades múltiples de la pérdida de la visión y el oído van asociadas muy frecuentemente con prematurez y rubéola.

Ambas están relacionadas con otras condiciones, como la anoxia o meningitis. ¹⁰

Consideraciones de tratamiento

La atención odontológica para el paciente con discapacidad auditiva y visual debe ser un esfuerzo de equipo, compuesto por el odontólogo, la asistente, la higienista, los padres, maestros, terapeutas, médicos y el paciente.

El campo en el que opera el equipo es el mundo total del paciente. La continuidad en la atención es esencial, sobre todo si las técnicas preventivas van a ser eficaces pues son la clave para un programa de atención bucal exitoso.

Es necesario comprender bien los antecedentes físicos del paciente, lo que exige una historia médica completa, exacta y la consulta con el médico del paciente y verificar si existen condiciones como problemas cardíacos o trastornos convulsivos. La consulta puede estar indicada también con terapeutas de otras disciplinas como los psicólogos, audiólogos y foniatras.

El conocimiento del estado físico y psicológico del paciente es importante, no solamente para protegerle de situaciones riesgosas sino también para establecer un puente entre el operador, el asistente y el paciente. Es necesario crear esa situación compartida para disminuir los sentimientos de inseguridad y ansiedad lo que a su vez permite a los miembros del equipo funcionar más eficazmente.⁸

Las consideraciones como la reducción de la frecuencia de ingestión de azúcares (figura 23) son importantes tanto durante las horas de clase en la escuela, como en el hogar. Aunque podría producirse confusión si los pacientes pediátricos son instruidos por el equipo odontológico en la selección correcta de los alimentos y luego fueran recompensados con golosinas u otros productos muy azucarados en la escuela por cumplir ciertas tareas. El cepillado de los dientes y la instrucción dietética pueden realizarse como parte de las actividades en el aula y también ser parte de la vida hogareña del paciente pediátrico.

El odontólogo y todo el personal deben utilizar cualquier información disponible sobre el paciente como ayuda para guiarle en su tratamiento. Si el paciente es un niño, los padres pueden dar información valiosa sobre cómo acercarse al paciente para obtener la máxima cooperación.⁹



Figura 23. Ingestión de azúcares
https://img.europapress.es/fotoweb/fotonoticia_20211203134229_420.jpg

CONCLUSIONES

- El manejo odontológico de pacientes con alteraciones sensoriales es un reto para el profesional de la salud, se debe contar con las competencias necesarias para su atención integral y éxito en el tratamiento.
- Se hará participe del tratamiento al paciente pediátrico con ayuda de técnicas de manejo de la conducta.
- Tanto el odontólogo como el personal tienen que proporcionar confianza y seguridad al paciente.
- Es muy importante hacer énfasis a los padres/tutores y al paciente sobre la salud oral para que se tenga una responsabilidad y su cuidado en el futuro sea de manera adecuada.
- Es importante seguirnos actualizando ante las diferentes técnicas del control de conducta para ofrecer a todos los pacientes con alguna alteración sensorial una consulta odontológica con éxito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. José Luis Vázquez-Barquero. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. España: Organización Mundial de la Salud; 2001 [consultado 2023 Mar 15]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
2. M.I. González Márquez, MJ. Ostos Garrido y A.C. Delgado García. Historia clínica y exploración. En: Angus C. Cameron, editor. Manual de Odontología pediátrica. 3° Edición. España: ELSEVIER; 2010. p. 7-13.
3. J.R. Boj Quesada, E. Espasa Suárez de Deza y O. Cortés Lillo. Control de la conducta en la consulta odontopediátrica. En: E. Barbería Leache, editor. Odontopediatria. 2° Edición. Barcelona: MASSON; 2002. p. 177-136.
4. P. J. Holloway, J. N. Swallow. Tratamiento de niños enfermos. En: Holloway, editor. Salud Dental Infantil. 1° Edición. Argentina: Mundi; 1979. p. 165-179.
5. Jeffrey A. Dean, Ralph E. McDonald, David R. Avery. Problemas odontológicos de niños con necesidades especiales en cuidados de salud. En: McDonald, editor. Odontología para el niño y el adolescente. 1° Edición. Colombia: Amolca; 2014. p. 638-640.
6. Agus Cameron, Richard Widner, Bernardette Drummond, Daniel McNeil, Cheryl McNeil, Jane McDonald. Tratamiento del paciente pediátrico. En: Angus C. Cameron, Richard P. Widmer, editor. Manual de Odontología Pediátrica. 3° Edición. España: ELSEVIER; 2010. p. 13-35.
7. June Nunn, Gunilla Klingberg. Cuidado dental para el niño y el adolescente con discapacidades. En: Göran Koch, Sven

- Poulsen, editor. Odontopediatría Abordaje clínico. 2º Edición. Colombia: Amolca; 2011. p. 331-347.
8. Abel Cahuana Cárdenas, Miguel Hernández Juyol, Juan Ramón Boj Quesada. Odontología en pacientes pediátricos con necesidades especiales. En: Juan R. Boj, Juan Ramón Boj Quesada, editor. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. 1º Edición. España: Ripano; 2010. p. 456-466.
 9. Abel Cahuana Cárdenas, Miguel Hernández Juyol, Juan Ramón Boj Quesada. Odontología en pacientes pediátricos con necesidades. En: Juan R. Boj, Juan Ramón Boj Quesada, editor. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. 1º Edición. España: Ripano; 2010. p. 629-646.
 10. GORAN KOCH, THOMAS MORDEER, SVEN POULSEN. El niño como paciente odontológico. En: Goran Koch, editor. Odontopediatría Enfoque clínico. 1º Edición. Argentina: Médica Panamericana; 1994. p. 40-49.
 11. GORAN KOCH, THOMAS MORDEER, SVEN POULSEN. Odontología en niños discapacitados. En: Goran Koch, editor. Odontopediatría Enfoque clínico. 1º Edición. Argentina: Médica Panamericana; 1994. p. 269-281.
 12. Raymond L. Braham, Merle E. Morris. El paciente discapacitado. En Raymond L. Braham, editor. Odontología pediátrica. 1º Edición. Argentina: Médica Panamericana; 1984. p. 564-565.
 13. Antonio Carlos Guedes Pinto, Marcelo Bonecker, Celia Regina Martins Delgado Rodríguez. Odontopediatría. 1º Edición. Brasil: Santos; 2011.
 14. L. Lorente, M. Durán, M. A. Aller, J. Arias. Introducción a la Exploración Clínica [Internet]. Madrid: Mosby; 2004 [consultado 2023 Mar 3]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-54484/11%20Exploraci%C3%B3n%20Resumida.pdf>

15. Daniel E. García, Luis A. Jiménez Z. Conceptos Actuales en Relación a las Pruebas de Vitalidad Pulpar [Internet]. Venezuela: Carlos Bóveda Z; 2001 Feb [consultado 2023 Mar 3]. Disponible en:
https://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitado/odontoinvitado_12.htm#:~:text=Las%20pruebas%20de%20vitalidad%20pulpar%20son%20procedimientos%20que%20forman%20parte,o%20no%20de%20vitalidad%20pulpar.
16. Jonathan M. Königsberg. ¿Qué es un modelo de estudio y para qué sirve? [Internet]. Buenos Aires: Jonathan M. Königsberg; 2023 [consultado 2023 Mar 5]. Disponible en:
<https://ortodonciabaires.com.ar/que-es-un-modelo-de-estudio-y-para-que-sirve/>
17. Daniel Rodríguez Ortega, Moisés Elí Guerra Delgado, Óscar Jesús Cuellar González. El laboratorio clínico en odontología [Internet] 2019 [consultado 2023 Mar 5]; 76 (1): 20-25. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2019/od191e.pdf>
18. Pontificia Universidad Católica de Chile. Importancia de las radiografías dentales [Internet]. Chile: 2023 [consultado 2023 Mar 2]. Disponible en: <https://odontologia.uc.cl/importancia-de-las-radiografias-dentales/>
19. Pedro Morchón. Fotografías dentales: tipos y utilidades [Internet]. España: Pedro Morchón; 2021 Nov [consultado 2023 Mar 2]. Disponible en: <https://enfoquedental.com/fotografias-dentales/>
20. Juan Carlos Hess C. Causas de Hipoacusia Sensorio neural [Internet] 2003 [consultado 2023 Mar 5]; 14 (1): 1-12. Disponible en:
https://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_14_4/CausasHipoacusiaSensorioneurale.pdf
21. Cochlear. Estos son los tipos de hipoacusia y los posibles tratamientos para la pérdida auditiva [Internet]. Colombia:

Cochlear; 2019 Feb 6 {consultado 2023 Mar 6}. Disponible en:
<https://escucharahoraysiempre.com/blog2/tipos-de-hipoacusia-y-niveles-de-perdida-auditiva/>

22. María Elisa Arias Roura. Discapacidad Visual [Internet] 2010 [consultado 2023 Mar 2] Disponible en:
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2835/1/te4148.pdf>

23. Gabriela Scagnet. Odontología y discapacidad [Internet] 2018 [consultado 2023 Mar 28]; 107-110. Disponible en:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981620/1-odontologia-y-discapacidad.pdf>

24. Josefina Lobera Gracida [Internet]. México: 2010 [consultado 2023 abril 4]; 16-18. Disponible en:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/106810/discapacidad-visual.pdf>