



**Universidad Nacional Autónoma De
México.**



Facultad De Estudios Superiores Iztacala.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN A PACIENTES CON
DISCAPACIDAD EN ALUMNOS DE PREGRADO EN LA CUSI CUAUTILÁN DE LA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

MARIANA BRAVO GARCIA

ASESOR: C.D GUILLERMO ARTURO CEJUDO LUGO

CD. MX. 2023



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.

DEDICATORIA

Agradezco a Dios, por permitir que esta meta se cumpla y se haga realidad.

A mi madre con la mayor gratitud por todos tus esfuerzos, tus desvelos, tus sacrificios para que yo pudiera terminar mi carrera profesional y enseñarme a no darme por vencida mi triunfo es tuyo .

A mi hermana Edith por escucharme, apoyarme en todas mis decisiones y brindarme su amor incondicional.

A mis amigos Sara , Tali y Oscar por brindarme su amistad y siempre alentarme para obtener este logro profesional.

A mi novio Eduardo por brindarme su amor, apoyo , comprensión y alentarme para lograr todo lo que me propongo .

INDICE

DEDICATORIA.....	2
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I.....	7
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	7
1.1 OBJETIVOS.....	7
1.2 JUSTIFICACION.....	8
1.3 HIPOTESIS Y DESCRIPCION DE VARIABLES	8
CAPITULO II	8
MARCO TEORICO	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD.....	13
2.3 ¿QUÉ ES LA CLASIFICACIÓN CIF?	16
2.4 DISCAPACIDAD EN LA ODONTOLOGÍA	17
2.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD	22
2.6 MANIFESTACIONES BUCODENTALES EN LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD.....	36
2.7 MANEJO ODONTOLÓGICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	48
2.8 TECNICAS DE ACONDICIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	49
CAPITULO III.....	53
METODOLOGÍA	53
3.1 MÉTODOS	53
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	53
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	53
3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS	54

CAPITULO IV	54
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54
4.1 RESULTADOS	54
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	64
CONCLUSIONES.....	64
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	66
ANEXOS	57

RESUMEN

La discapacidad se define como la restricción o falta de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad, causado por una enfermedad, trauma o condición de salud.

El área odontológica debe poseer todo el conocimiento necesario en el manejo de pacientes con algunas discapacidades ya que, como profesionales y responsables de la salud bucal de la sociedad, es importante tener el conocimiento sobre cómo atenderlos, por ende, en el siguiente protocolo se describirá cómo se debe llevar la atención dentro de la consulta odontológica en pacientes con alguna discapacidad.

Palabras clave: discapacidad, odontología, atención.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad se entiende como la interacción entre las personas que tienen algún problema de salud y factores personales y ambientales. Se estima que más de 1000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad. Esa cifra corresponde aproximadamente al 15% de la población mundial; de hecho, hasta 190 millones (3,8%) de las personas de 15 a más años tienen dificultades considerables para funcionar y requieren con frecuencia servicios de asistencia sanitaria. La discapacidad es sumamente heterogénea. Si bien algunos problemas de salud vinculados con la discapacidad acarrearán mala salud e importantes necesidades de asistencia sanitaria.¹

La salud oral está estrechamente vinculada con la salud general y el bienestar de cada persona. Los pacientes con NCES (necesidades de cuidados especiales) tienen una mayor predisposición a adquirir enfermedades orales, las cuales pueden tener un impacto directo y fatal en su salud, sobre todo en aquellos que tienen ciertos problemas asociados, como inmunocomprometidos o problemas cardiovasculares, ya que la enfermedad dental en estos casos se puede complicar y ocasionar septicemias, endocarditis, entre otras patologías. Los individuos con NCES deben ser atendidos en las primeras horas del día, cuando tanto odontólogo como paciente se encuentran mental y físicamente menos fatigados. ²

La mayoría de los odontólogos no se sienten preparados para la atención de personas con discapacidad ya que no saben cómo va a ser la reacción del paciente, pero como profesionales de la salud tenemos el deber de prepararnos para brindar una atención de calidad a los pacientes.

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), revelaron que, en el 2010, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 4 millones 527 mil 784, lo que representa 4.5% de la población total. La salud oral como un elemento imprescindible de la salud en general, ayuda al bienestar del individuo, impide el dolor y suscita una buena calidad de vida. Además, una buena salud oral acrecienta las probabilidades de nutrición equilibrada, lenguaje y apariencia adecuados, tan trascendentales en una persona cuyas capacidades físicas o mentales se encuentran con alguna limitación. Por lo anterior es importante crear concientización entre los profesionales de salud y la población en general, acerca del tipo de cuidados que requieren estos grupos vulnerables para prevenir y evitar las enfermedades orales. ³

La OMS ha señalado que las tasas de incidencia y prevalencia de las discapacidades tienden al aumento, como consecuencia del incremento de los nacimientos en países subdesarrollados, el embarazo tardío en los países desarrollados, la exposición a factores de riesgo que atentan contra la calidad de vida, el envejecimiento poblacional y la alta incidencia de enfermedades crónicas degenerativas. El Informe Mundial sobre Discapacidad 2010 de la OMS (IMD-2010), estimó que cerca del 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad y esto representa más de mil millones de personas. En México, según los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2014), 7.1 millones de habitantes sufren algún tipo de discapacidad y esto representa el 6% de la población. Los estados más afectados son Nayarit (8.2 por cada 1000 habitantes), Durango (75 por cada 1000 habitantes), Colima, Jalisco y Zacatecas (74 por cada 1000 habitantes). Mientras que, en el estado de Baja California, la tasa es de 58 discapacitados por cada 1000 habitantes y esto significa que un 5.8 % de la población del estado padece alguna discapacidad⁴

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 OBJETIVOS

General:

Determinar el nivel de conocimientos sobre la atención de pacientes con discapacidad en alumnos de pregrado de la CUSI Cuautitlán de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Específicos:

Conocer el nivel de conocimientos sobre la atención de pacientes con discapacidad en alumnos de pregrado de la CUSI Cuautitlán de acuerdo al grado académico.

Conocer el nivel de conocimientos sobre la atención de pacientes con discapacidad en alumnos de pregrado de la CUSI Cuautitlán de acuerdo al género.

1.2 JUSTIFICACION

Conocer el problema, es de relevancia teórica en sentido que aportara conocimientos en los alumnos de pregrado de la CUSI Cuautitlán de la FESI sobre el nivel de conocimientos de atención de pacientes con discapacidad para contribuir en la práctica y formación de los futuros odontólogos.

1.3 HIPOTESIS Y DESCRIPCION DE VARIABLES

Por tratarse de un estudio descriptivo y solo se pretende generar datos y no explicarlos, no requiere de hipótesis.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

En la historia de la discapacidad, hay cambios drásticos en las legislaciones que han obedecido al pensamiento y creencias de la época respecto a la discapacidad. El Código de Hammurabi, cuerpo legislativo de Babilonia del siglo XVII a. C. (1692 a. C), ya refería en la ley 2: “Si uno embrujó a otro y no puede justificarse, el embrujado irá al río, se arrojará; si el río lo ahoga, el que lo ha embrujado heredará su casa; si el río lo absuelve y lo devuelve salvo, el brujo es pasible de muerte y el embrujado tomará su casa”. En la antigua Grecia (siglo IV a.C.), las personas con discapacidad, malformaciones o debilidad notoria eran sacrificadas a los dioses, Los romanos

regularon los efectos civiles de las personas con discapacidades mentales o cognitivas al crear la curatela, una institución para administrar los bienes de un sui iuris púber o incapaz de ejercer por sí solo sus derechos. La historia nos ha mostrado cómo algunas enfermedades se han considerado de diversas maneras en la Edad Media se reemplazó al médico por el monje y se conservó la creencia de que los trastornos mentales se relacionan con lo diabólico y lo demoníaco, la Inquisición apoyó la exterminación de personas con discapacidad. Durante el siglo XVI Pedro Ponce de León inició la educación especial y san Juan de Dios fundó en Granada una de las primeras instituciones para personas con discapacidad y durante la Edad Moderna, se estudió con mayor juicio la estructura y función del ser humano. En los siglos XVIII y XIX se dieron varios cambios, entre los cuales resaltamos los escritos de Denis Diderot sobre las competencias de los ciegos o las primeras escuelas para sordomudos y otras para ciegos , en 1884, el canciller alemán Otto von Bismarck aprobó la primera ley que reconocía los accidentes de trabajo y se publicaron tratados de discapacidad, entre los cuales se resalta *Diagnosis and Prognosis of Idiocy and Imbecility*, de William Wetherspoon, sobre discapacidad intelectual, por mucho tiempo se trató a los locos (furiosos) como poseídos del demonio y se les intentaba curar por medio de exorcismos fue el médico Philippe Pinel, partícipe de los ideales de la Revolución Francesa, quien en 1793 instauró que los pacientes con enfermedad mental deberían ser liberados de las cadenas que hasta entonces llevaban en los hospitales. En el sistema civil español se consideraban incapacidades la locura y la sordomudez, la prodigalidad y la interdicción civil; Refieren Ambroise Colin y Henri Capitant: “La condición y régimen jurídico de los alienados pertenecen al mismo tiempo al derecho privado y al derecho público. Suscitan al mismo tiempo cuestiones de capacidad y de protección legal y cuestiones de policía y de libertad individual”.

Finalmente, durante aquel tiempo se utilizaban de manera indiferente los términos demente, enajenado, alienado o loco y durante el siglo XX se recrudeció la persecución contra los discapacitados, aun cuando la más visible fue la perpetrada por Adolf Hitler, bajo el pretexto de mejorar la raza; así mismo, las dos guerras mundiales y otros enfrentamientos bélicos (guerras de Corea, Vietnam, etc.) dejaron un sinnúmero de personas discapacitadas física y mentalmente que indujeron a crear cierta conciencia sobre el problema. En 1980, la OMS aprobó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. En 1991, las Naciones Unidas adoptaron los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, y en 1993, mediante la Resolución 48/96, publicó las Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.⁵

Como se ha mencionado anteriormente ha sido un proceso largo y difícil para que las personas con discapacidad tengan las mismas oportunidades y sean tratadas con respeto y dignamente para que puedan integrarse a un círculo social sin sufrir discriminación y sobre todo que puedan reclamar sus derechos.

El concepto de discapacidad ha evolucionado a través de la historia. Así mismo es diferente su evolución de acuerdo con el tipo de discapacidad y posiblemente de acuerdo con la posición y aceptación (estigmatización) de la sociedad respecto a cada una de ellas. Alrededor de esta situación se ha procurado dar una definición de discapacidad que permita comunicarnos de una manera uniforme. Para ello, la OMS, entidad rectora en salud en el mundo, elabora la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, hoy Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que distingue entre

deficiencia, discapacidad y minusvalía, definidas por esta organización de la siguiente manera, en la Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas;

- A. La deficiencia (impairment) se refiere a “Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones”. Ejemplos de estas deficiencias son la sordera, la ceguera o la parálisis; en el ámbito mental, el retraso mental y la esquizofrenia crónica, entre otras.
- B. Discapacidad (disability) se define como la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia”. Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. Algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras; para bañarse, comer o ir al servicio.
- C. Una minusvalía (handicap) hace referencia a una “situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y/o culturales)”. El término es también una clasificación de “las circunstancias en las que es probable que se encuentren las personas discapacitadas”. La minusvalía describe la situación social y económica de las personas deficientes o

discapacitadas, desventajosa en comparación con la de otras personas. Esta situación de desventaja surge de la interacción de la persona con entornos y culturas específicos.⁶

En México, la Secretaría de Salud estableció la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, para regular la atención integral a personas con discapacidad. En este documento legal se conceptualizan a las discapacidades como “deficiencia auditiva, intelectual, neuromotora o visual, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria”

El 24 de marzo de 2023.— El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública, Hugo López-Gatell Ramírez aprobó la actualización a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, para la atención médica integral a personas con discapacidad. Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

La atención odontológica a los pacientes con discapacidad implica procesos muy complejos de comunicación con el paciente y su familia, familiarización con el medio odontológico, diagnóstico y tratamiento multi e interdisciplinario. Dada la escasa cooperación y a la severidad de las enfermedades bucodentales del paciente con discapacidad motora y psicomotora, por lo general se requiere de procedimientos múltiples y de larga duración; en estos casos, el uso de anestesia general es la mejor alternativa para la atención odontológica. La salud oral es inseparable de la salud general, por lo que las enfermedades bucales tienen un impacto directo en la salud

general y en la calidad de vida, especialmente en aquellos que tienen compromiso del sistema inmunológico. Las enfermedades bucales de los pacientes con discapacidad son las mismas que las de la población general, suelen presentarse de forma más severa, por la deficiente higiene oral derivada de la propia discapacidad y/o de los efectos en los tejidos orales de los fármacos prescritos debido a su condición. Al mismo tiempo, para su atención en el área de la Odontología, se requieren maniobras, conceptos, equipamiento y personal especializado para promover y prevenir las enfermedades bucodentales, así como garantizar su curación y total recuperación.⁷

2.2 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

La discapacidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.⁸

En mayo de 2001 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Entre las razones que justifican esta nueva clasificación se encuentra la insuficiencia del modelo que subyace en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) a la hora de captar las múltiples repercusiones que los accidentes o enfermedades tienen sobre las personas que los han padecido. Es por eso que la OMS apuesta por el binomio CIE-CIF para describir con mayor exactitud, y en un lenguaje aplicable

internacionalmente, un rango más completo de información sobre el estado de salud de los individuos y de las naciones. La CIF complementa la información de la CIE aportando datos sobre las consecuencias que habitualmente se siguen de un accidente o una enfermedad y que tanto impacto tienen en el bienestar de la persona. Identifica esas consecuencias bajo el término genérico de DISCAPACIDAD. La CIF nos propone, además, un modelo explicativo del fenómeno, sin duda complejo, de la Discapacidad. No sólo identifica los diferentes componentes, también nos muestra cómo interactúan entre sí y cómo se relacionan con el problema de salud que los ha generado y con el contexto en que tiene lugar ese fenómeno. En esta nueva clasificación, la OMS nos propone un modelo explicativo del funcionamiento humano entendiendo como la resultante de fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales.⁹

La nueva metodología para entender y medir la discapacidad, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), no proporciona una definición específica de discapacidad, tal como se ha entendido hasta ahora. Con base en la CIF, la discapacidad es un término que engloba deficiencias, limitaciones a la actividad y restricciones a la participación, refiriéndose a los aspectos negativos de la interacción de ese mismo individuo (factores personales y ambientales). La CIF enfatiza el hecho de que los factores ambientales crean la discapacidad, siendo esta la primera diferencia entre esta nueva clasificación y la anterior Clasificación Internacional de Deficiencia y Minusvalías (ICIDH). En la CIF, los problemas del funcionamiento humano se categorizan en tres áreas interconectadas.¹⁰

Discapacidad.- Es el término genérico que engloba todos los componentes: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Expresa los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con problemas de salud y su entorno físico y social.

- **Deficiencia.** Son problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Pueden consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida
- **Limitaciones en la actividad.** Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Estas dificultades pueden aparecer como una alteración cualitativa o cuantitativa en la manera en que la persona desempeña la actividad en comparación con otras que no tienen un problema de salud similar.
- **Restricciones en la participación.** Son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, tales como relaciones interpersonales, empleo, etc. en el contexto real en el que viven. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de la persona con discapacidad con la participación de una persona sin discapacidad en una situación análoga o comparable.

Factores Contextuales.- Constituyen el trasfondo, tanto propio como externo, de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los factores personales y los factores ambientales, que pueden tener una influencia positiva o negativa en la realización de actividades o en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad.

- **Facilitadores.** Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Por ejemplo, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, y también la existencia de servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida (educación, empleo,...). Los facilitadores pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación.
- **Barreras / obstáculos.** Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, un producto no utilizable por todos o un servicio existente que, sin embargo, no es válido para las personas con discapacidad.

Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF). OMS, 2001.

Una persona con discapacidad es aquella que tenga deficiencias auditivas, intelectuales, neuromotoras o visuales que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas.

2.3 ¿QUÉ ES LA CLASIFICACIÓN CIF?

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo. La CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980) a una clasificación de “componentes de salud”. Los “componentes de salud” identifican los constituyentes de la salud, mientras que las “consecuencias” se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud. Así, la CIF adopta una posición neutral en relación con la etiología, de manera que queda en manos de los investigadores desarrollar relaciones causales utilizando los métodos científicos apropiados. ¹¹

2.4 DISCAPACIDAD EN LA ODONTOLOGÍA

La odontología en personas con discapacidad debe fundamentarse en el conocimiento de bases o pilares desde los cuales trabajar en estrategias de atención inclusiva. Ellos son:

- Conocer el amplio espectro de discapacidades: su etiología y patogenia (de origen genético, congénito, infeccioso, traumático; desórdenes o alteraciones específicas que provocan trastornos motores, mentales, psíquicos, sensoriales), además del conocimiento de enfermedades sistémicas y su grado de riesgo médico.
- Trabajar en equipos multi-, inter y transdisciplinarios para realizar un abordaje integral y social y personalizar el plan de tratamiento.
- Conocer la patología bucodental específica que presentan algunas enfermedades, así como las manifestaciones orofaciales y funcionales.
- Conocer las técnicas de manejo de la conducta, a fin de evaluar la modalidad de atención adecuada y personalizada que incluya procedimientos de sedación ambulatoria y tratamiento bajo anestesia general en los casos indicados.
- Capacitarse y actualizarse continuamente.

En general, en personas con discapacidad la patología bucodental de origen infeccioso (caries, enfermedad periodontal) tiene más prevalencia, ya sea por causas inherentes a la patología de base como por las limitaciones de la discapacidad (higiene bucodental inadecuada o ausente). En desórdenes neuromusculares severos encontramos presencia de maloclusiones; en patologías de origen genético,

alta incidencia de hipocalcificaciones, hipoplasia, amelogénesis imperfecta, lesiones severas de la mucosa bucal.¹²

Los tipos de discapacidad más frecuentes descritos en la literatura son:

1. Autismo:

Inicia en la infancia y se caracteriza por la presencia de un desarrollo anormal en las interacciones sociales y de la comunicación, con un repertorio marcadamente restringido de actividades e intereses; la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y las funciones cognitivas están severamente afectadas. Las manifestaciones del trastorno varían dependiendo de la edad y el nivel de desarrollo del individuo

El manejo odontológico de pacientes con autismo es complejo debido a sus características de comportamiento inherentes y al desconocimiento del mismo por parte del profesional. Estos pacientes presentan problemas en el desarrollo del lenguaje, no manifiestan emociones, sensaciones, dolor, lo que dificulta la comunicación y la colaboración durante el procedimiento clínico

Existen técnicas especiales que facilitan el manejo del comportamiento del paciente con autismo durante la cita odontológica: técnicas básicas y técnicas avanzadas, entre ellas el control de voz y la comunicación no verbal, las distracciones, las recompensas, el apoyo y la presencia de los padres; entre las técnicas avanzadas están el uso del óxido nitroso, la sedación intravenosa, la estabilización protectora y la anestesia general

2. Parálisis cerebral:

Es la causa más frecuente de discapacidad motora. Se define como un grupo heterogéneo de enfermedades no progresivas producidas por lesiones cerebrales crónicas que se originan en el período prenatal, perinatal, o en los primeros años de vida. Son cuatro subtipos principales: espástica, atetoide, atáxica y mixta. El trastorno puede variar desde descontrol motor fino o rigidez severa en las extremidades. Se requiere mantener al paciente en el centro del sillón con brazos y piernas tan cerca de su cuerpo como sea posible. Se pueden utilizar almohadones, flotadores, almohadillas en tronco y extremidades para controlar movimientos involuntarios y confortar al paciente. El paciente debe estar semi - sentado para disminuir la dificultad en la deglución; si el paciente tiene silla de ruedas y prefiere su atención allí, puede y debe hacerse. Es recomendable asignar las citas en horas de la mañana cuando el paciente no esté fatigado, utilizar abre bocas y cuñas digitales siempre sujetadas con seda dental. Es importante vincular al paciente a programas preventivos y de tratamiento individualizado incluyendo modificaciones en los cepillos, porta-sedas, enjuagues antiplaca y en la dieta en la medida que sea posible

3. Deficiencia auditiva:

La sordera es un término que se utiliza para referirse a la pérdida completa de la capacidad de oír por ambos oídos y pérdida auditiva se refiere a la pérdida parcial en uno o ambos oídos

Para la atención de un paciente con sordera el odontólogo debe hablar en un tono normal de voz, un poco más despacio que de costumbre o a ritmo normal, siempre de frente al paciente, con buena iluminación, mirándolo, aunque haya un intérprete y usar gestos y expresiones faciales. El lenguaje debe ser sencillo y objetivo y permitir

que se pregunte siempre que no se comprenda lo que se quiere transmitir. Importante la creatividad para comunicarse. Las expresiones corporales y faciales son más explicativas que cualquier otra forma de comunicación y son formas más naturales y sencillas, desde que se deponga la timidez por parte del profesional. Se debe considerar que los sordos, en general, valoran el interés de las personas por mantener un diálogo y harán lo posible para ayudar, a fin de que se establezca con efectividad

4. Síndrome de Down:

Trastorno asociado al cromosoma 21 (trisomía), debido a la no disyunción meiótica, mitótica o una translocación desequilibrada de dicho par. Las manifestaciones clínicas incluyen hipotonía, baja talla, braquicefalia, fisura palpebral oblicua, epicanto, manchas de Brushfield en el iris, protrusión de la lengua, orejas pequeñas, manos cortas y anchas, clinodactilia del quinto dedo, pliegues de Simio, y discapacidad intelectual de moderada a severa, además de malformaciones cardíacas y gastrointestinales

Los pacientes con Síndrome Down presentan varias características que los distinguen de otras discapacidades:

- a. lengua fisurada, escrotada o lobulada
- b. respiración bucal que provoca sequedad de las mucosas
- c. estomatitis y queilitis angular por emisión constante de saliva y salida por las comisuras
- d. alteración en la erupción dentaria, microdoncia y formación defectuosa del esmalte

e. alta prevalencia de maloclusiones clase III por insuficiente desarrollo del maxilar superior y protrusión mandibular. Se reporta que el 45% presenta maloclusión clase I

El manejo exitoso requiere algunas consideraciones como el uso eficiente de técnicas psicológicas, restricciones físicas y enfoques farmacoterapéuticos, desde sedación leve hasta anestesia general, para que se puedan ejecutar procedimientos de diagnóstico y tratamientos de rutina.

El odontólogo debe evaluar las implicaciones individuales de los diversos métodos de manejo, como uso de premeditación para evitar movimientos corporales involuntarios y recurrir a la rehabilitación dentaria bajo anestesia general, teniendo en cuenta el costo, el riesgo y el tiempo involucrado. Afortunadamente, con el uso de restricciones físicas específicas, muchos pacientes inmanejables pueden ser estabilizados durante breves períodos de tiempo necesario para los procedimientos más sencillos

El objetivo de realizar restricción física es limitar o detener los movimientos de la cabeza, las extremidades o el torso del paciente. Esto puede lograrse muy sencillamente envolviendo al paciente en sábanas y asegurándolas con cinta ancha adhesiva, también se pueden adaptar cinturones a los brazos del sillón para limitar el movimiento del paciente. Sin embargo, tanto paciente como padres deben ser informados adecuadamente para evitar interpretaciones equivocadas como por ejemplo cuando se tiene que hacer uso de fuerza física para su manejo

Enfermedades de origen dentobacteriano

Los pacientes en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y

compromiso sistémico, porque puede desarrollar fácilmente enfermedades debidas al tiempo prolongado de retención de la comida en la boca, lo que ocasiona inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal; por tanto, dolor, disfunción, incomodidad y necesidad de tratamientos largos, costosos y de dudable pronóstico. Estos problemas afectan su calidad de vida, teniendo limitaciones en el habla, halitosis, alteraciones en el gusto y molestias al comer.¹³

2.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD

En el contexto mexicano, el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) concentró las discapacidades en cuatro grupos:

- Grupo 1.- Discapacidades sensoriales y de comunicación, que incluyen las oculares, las auditivas y del habla
- Grupo 2.- Motrices: alteraciones de marcha, manipulación de objetos y coordinación de movimientos
- Grupo 3.- Mentales: deficiencias intelectuales y conductuales que repercuten en el aprendizaje y en las formas de socialización
- Grupo 4.- Múltiples y otras: abarca las combinaciones de los grupos descritos; así como las no consideradas en estos, como los síndromes que implican discapacidades múltiples, las causadas por deficiencias cardíacas, pulmonares, renales y enfermedades crónicas y/o degenerativas avanzadas

Las enfermedades bucales de los pacientes con discapacidad son las mismas que las de la población general, suelen presentarse de forma más severa, por la deficiente higiene oral derivada de la propia discapacidad y/o de los efectos en los tejidos orales

de los fármacos prescritos debido a su condición. Al mismo tiempo, para su atención en el área de la Odontología, se requieren maniobras, conceptos, equipamiento y personal especializado para promover y prevenir las enfermedades bucodentales, así como garantizar su curación y total recuperación ¹⁴.

GRUPO 1: Discapacidad sensorial y de comunicación

Se puede definir a la comunicación humana como un intercambio de pensamientos, sentimientos, razones o cualquier otro tipo de información mediante signos o señas corporales, habla, escritura por medio de un medio físico registrable u observable. Para los odontólogos, es de suma importancia establecer una adecuada comunicación con el paciente y sus cuidadores, con el propósito de recibir toda la información posible acerca del estado de equilibrio físico, mental, social y ambiental del paciente, ya que existen diversas situaciones en las cuales las alteraciones de la cavidad oral pueden afectar la salud general del paciente

Según la Asociación Americana del habla, lenguaje y audición, los Trastornos de la Comunicación pueden definirse como “la dificultad para recibir, enviar, procesar y comprender los conceptos o los sistemas simbólicos verbales”

Discapacidad auditiva

Hace referencia a la pérdida parcial o total de la audición. Se refiere a aquel sujeto que no tiene suficiente audición residual que le permita entender el lenguaje oral con éxito, puede expresarse a cualquier edad y con diferentes grados de severidad. Su etiología puede ser las causas congénitas pueden obedecer a factores hereditarios y/o a complicaciones durante el embarazo o el parto; así como infecciones, uso

inadecuado de medicamentos; fiebres (elevadas y recurrentes) y lesiones en el nervio auditivo del recién nacido. Y se clasifican:

1. Discapacidad auditiva leve (25 a 39 dB). Las implicaciones de la deficiencia auditiva leve se centran, en múltiples ocasiones, en el lenguaje del niño y su forma de aprender y comunicarse. El menor presentará dificultad para percibir la voz o los sonidos lejanos de baja intensidad
2. Discapacidad auditiva moderada (40 a 69 dB). Son más numerosas en cuestión de lenguaje, los menores pueden desarrollar un vocabulario empobrecido, como consecuencia de los problemas de articulación y de movilidad del paladar, lo que puede suponer una nasalización excesiva y una intensidad de voz inestable
3. Discapacidad auditiva severa (70 a 89 dB). El niño percibe únicamente sonidos intensos, con dificultad en las frecuencias altas, y en muchas ocasiones es necesario utilizar la lectura labial para compensar la dificultad comprensiva
4. Discapacidad auditiva profunda (90 dB). Una persona con pérdida auditiva profunda no tiene la posibilidad de oír nada de lo que se habla y solo puede oír algunos sonidos muy fuertes

Discapacidad verbal

Se refiere al problema de entender el lenguaje expresivo y comprender la capacidad simbólica con palabras y oraciones. Es de origen multifactorial, entre ellas las causas pueden ser biológicas, como labio y paladar hendido, problemas en la estructura o forma de los músculos y huesos empleados para producir los sonidos del habla, trastornos neurológicos (discapacidad intelectual); traumáticos (daño en las partes del cerebro o los nervios que controlan la anatomía muscular para emitir el lenguaje);

pérdida de la audición; o químicos (abuso de drogas o prescripción incorrecta de fármacos durante la gestación o los primeros años de vida), Se clasifican :

1. Niños que tardan en hablar: el niño manifiesta buena comprensión y evolución del lenguaje similar a la de los demás niños, pero con un retraso en la adquisición de éste. El diagnóstico diferencial debe hacerse con sordera, retraso mental, disfasia o trastorno específico del lenguaje (LET) y autismo
2. Niños que dejan de hablar: ocurre una involución de las funciones adquiridas con deterioro progresivo por causas genéticas, congénitas o adquiridas y como secuelas de traumatismo, infecciones o tumores; como afasia y Síndrome de Landau-Kleffner
3. Niños que hablan mal: tartamudez, problemas articulatorios, disartria, dislalia, trastornos de la entonación o el ritmo o trastorno prosódico

Discapacidad visual

La Discapacidad Visual, se refiere a personas con deficiencias funcionales del órgano de la visión, así como de estructuras y funciones asociadas a los párpados. Se establece a través de la agudeza visual y del campo visual de cada uno de los ojos por separado. La pérdida de la visión o deficiencias visuales incluyen lesiones en el ojo, condiciones heredadas, infecciones, o lesiones traumáticas. Las causas más frecuentes que pueden llevar a la pérdida de la visión son: Retinopatía del prematuro, glaucoma congénito, catarata congénita, deficiencia de vitamina A, distrofia retinal, traumatismos, errores de refracción no corregidos.¹⁵

GRUPO 2: Discapacidad motriz

Se puede decir que la discapacidad motriz comprende todas las alteraciones o deficiencias orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento que afectan al sistema óseo, articular, nervioso o muscular

Estas personas presentan una clara desventaja en su aparato motor en relación con el promedio en la población, que se va a manifestar en posturas, desplazamientos, coordinaciones y manipulación. La discapacidad motora muchas veces dificulta acciones rutinarias como el cepillado dental, creando problemas de salud oral, los cuales pueden ser significativamente perjudiciales para la calidad de vida del individuo.¹⁶

La discapacidad física motora es el tipo de discapacidad que presenta alguna alteración en el aparato locomotor, como los trastornos del movimiento, debido a una alteración del funcionamiento en los sistemas osteoarticular, muscular y nervioso

Los términos que se utilizan cuando se habla de discapacidad física motora son:

- Parálisis: Puede ser de un solo músculo o de un grupo muscular. Se trata de la falta, de la pérdida o de la reducción de las funciones motrices de una o de varias partes del cuerpo, de forma temporal o permanente. También se refiere a la suspensión de un proceso, de una tarea o de una función
- Alteraciones del tono muscular:
 1. Hipotonía: Es la disminución del tono muscular. Puede deberse a lesiones a nivel de los músculos y del sistema nervioso central. En este último caso, se puede observar hipotonía por afección, por ejemplo, del sistema piramidal (corea de Huntingtong)

2. Hipertonía: Es el aumento exagerado del tono muscular, con una manifestación clínica de cuello tenso y de extremidades flexionadas o rígidas, un tipo de marcha en tijeras y de puntillas, y dolor óseo
3. Distonía: Se caracteriza por movimientos involuntarios que causan dolor, movimientos repetitivos o posturas sostenidas anormales
4. Ataxia: Es una alteración de la coordinación y del equilibrio. No se trata de una enfermedad específica o de un diagnóstico. Ataxia quiere decir torpeza o pérdida de coordinación. Dicha pérdida puede deberse a varios y diversos condicionantes
5. Movimientos involuntarios: Son los movimientos que ocurren sin control consciente, es decir, cuando el cerebro no obedece ni interviene emitiendo respuesta a los estímulos, por lo que da órdenes y contraórdenes. Son trastornos neuromotores que interfieren en la vida diaria y en la realización normal de las actividades, así como en la psiquis

Clasificación de la discapacidad física motora

La discapacidad física motora se clasifica según el momento de la lesión, la etiopatología, la topografía y el origen de la deficiencia

- Según el momento de la lesión: Considerando el momento de la lesión, las causas de la discapacidad física motora pueden ser las que se describen en las siguientes tablas

Tabla N° 1: Causas de la discapacidad física motora originadas en el nacimiento

Enfermedad/lesión	Descripción holística
Malformaciones congénitas	Son malformaciones que ocurren durante el primer trimestre del embarazo.
Parálisis braquial obstétrica (PBO)	Es la lesión mecánica del plexo braquial que se produce en el momento del nacimiento. Su cuadro clínico depende de las raíces nerviosas que resulten lesionadas y de la extensión del traumatismo.
Espina bífida	Es una anomalía del sistema nervioso central que ocurre durante el desarrollo intrauterino, cuya causa se desconoce. Se puede diagnosticar antes del nacimiento mediante la técnica de la amniocentesis o por ecografía. Su prevención se realiza con ácido fólico y con el control prenatal regular. Generalmente viene asociada a hidrocefalia. La sintomatología se presenta con parálisis por debajo de la lesión, produciendo anestesia cutánea, incontinencia de esfínteres y alteraciones sexuales.
Artrogriposis	Es una enfermedad congénita que se caracteriza por el desarrollo deficiente de la musculatura esquelética. Está asociada a múltiples contracturas simétricas músculo articulares. La patología no es progresiva. Se conoce que el origen de la limitación de la motilidad articular no está en las articulaciones en sí, sino en las estructuras blandas que las rodean, principalmente en los músculos. La causa es desconocida.

Tabla N° 2: Causas de la discapacidad física motora originadas después del nacimiento

Enfermedad/lesión	Descripción holística
Parálisis cerebral	Es una lesión irreversible, no progresiva, que produce alteración de la postura y del movimiento. Surge como resultado de un desorden cerebral debido a factores hereditarios y a episodios durante el embarazo, el parto, el periodo neonatal y en los dos primeros años de vida.
Miopatía de Duchenne	Es un trastorno degenerativo hereditario ligado al cromosoma X que empeora rápidamente. Se caracteriza por la debilidad muscular. Aparece entre los 2 y los 4 años de edad. Se presenta en dos etapas: <ul style="list-style-type: none"> - Primera etapa: El desarrollo motor es normal. Las primeras manifestaciones clínicas aparecen a los 3 años, con temblores, caídas, dificultad para moverse y preferencia por estar sentado/a. También puede existir desviación de la columna (lordosis) y un caminar como de anciano, que se acentúa y se hace más visible con los años. - Segunda etapa: El déficit de los músculos del tronco se agrava. La persona necesita ayuda para realizar sus actividades cotidianas, entre ellas levantarse de la silla y desplazarse. El desenlace es fatal.

Tabla N° 3: Causas de la discapacidad física motora originadas a lo largo de toda la vida

Enfermedad/lesión	Descripción holística
Traumatismos	Son la causa más común en madres primerizas, por dejar caer a los/as bebés o por la falta de cuidado, así como por el deseo del/la niño/a de experimentar nuevos conocimientos. Provocan lesiones físicas internas. Por el peso de la masa encefálica, que en el/la niño/a es mayor, la tendencia es a caer de cabeza. Las lesiones dependen de la gravedad de la caída, pudiendo afectar el sistema nervioso.
Tumores	Los procesos tumorales relacionados con la discapacidad física motora son los que están vinculados a la destrucción muscular, la compresión nerviosa o la presencia de tumores en el sistema nervioso propiamente dicho.

- Según la etiopatología:

Considerando la etiopatología, las causas de la discapacidad física motora pueden ser las que se muestran a continuación

Tabla N° 4: Causas de la discapacidad física motora por transmisión genética

Enfermedad/lesión	Descripción holística
Miopatía de Duchenne	La distrofia muscular de Duchenne es un trastorno degenerativo hereditario ligado al cromosoma X que empeora rápidamente. Se caracteriza por la debilidad muscular. Aunque en los últimos años es considerada como una enfermedad rara, en el Hospital del Niño (La Paz) se dieron reportes de esta patología.
Hemofilia	Es una enfermedad hereditaria recesiva ligada al cromosoma X. Se caracteriza por trastornos en la coagulación de la sangre, debido al déficit total o parcial de un factor de coagulación. Produce alteraciones como la hemartrosis en rodillas y en codos, sangrados en el músculo psoas, deformidad del antebrazo y limitación en las articulaciones por falta de irrigación sanguínea, llegando a producir alteración en la marcha y una limitación funcional de los miembros superiores.

Tabla N° 5: Causas de la discapacidad física motora por transmisión genética

Enfermedad/lesión	Descripción holística
Traumatismo de cráneo raquimedular	Este tipo de traumatismo es el que presenta mayores complicaciones físico motoras, por el gran componente neuronal que existe en dichas estructuras. Su inicio es brusco. Las manifestaciones clínicas dependen de la zona afectada, pudiendo incluso provocar graves consecuencias psicológicas en la persona.
Amputaciones	Una amputación es la falta total o parcial de una extremidad. Genera diferentes grados de discapacidad física motora. El corte de una parte o de toda la extremidad puede tener causas congénitas, traumáticas (accidentes severos) y tumorales. Entre las primeras, aunque se desconoce la etiología, dos de las más conocidas son los agentes teratógenos (por ejemplo, talidomida y mercurio) y las bridas amnióticas.

Tabla N° 6: Causas de la discapacidad física motora por infecciones

Enfermedad/lesión	Descripción holística
Poliomielitis	Tiene como agente etiológico al virus de la polio, que afecta el asta anterior de la médula espinal, provocando parálisis con hipotonía. En la actualidad, es poco frecuente, como resultado de las campañas de vacunación.

- Según la topografía

Considerando la topografía (localización y extensión de la afección), la discapacidad física motora puede manifestarse en dos tipos de parálisis:

Plejía o parálisis total:

1. Monoplejía: Es la parálisis de un miembro
2. Hemiplejía: Es la parálisis de un lado del cuerpo (izquierdo o derecho)
3. Diplejía: Es la parálisis de los cuatro miembros, con predominio en los miembros inferiores
4. Cuadriplejía (tetraplejía): Es la parálisis de los cuatro miembros

Paresia o parálisis parcial de un miembro que mantiene su funcionalidad:

1. Monoparesia: Es la parálisis parcial de un miembro
2. Hemiparesia: Es la parálisis parcial de un lado del cuerpo (izquierdo o derecho)
3. Diparesia: Es la parálisis parcial de los cuatro miembros, con predominio en miembros inferiores
4. Cuadriparesia (tetraparesia): Es la parálisis parcial de los cuatro miembros

- Según el origen de la deficiencia

Considerando el origen de la deficiencia, las causas de la discapacidad física motora pueden ser:

1. Cerebrales: La parálisis cerebral es una lesión de origen central. La agresión sobre el cerebro inmaduro genera un daño que no se manifiesta de inmediato,

sino a medida que el/la niño/a va creciendo sin adquirir las mismas destrezas de sus pares

2. Espinales: Involucra la médula espinal. Este tipo de deficiencia agrupa a la poliomielitis, a la espina bífida y a los traumatismos
3. Musculares: Involucra los músculos. En este tipo de deficiencia está la miopatía de Duchenne
4. Osteoarticulares: Involucra los huesos y las articulaciones. Entre este tipo de deficiencia tenemos las amputaciones congénitas, la artrogriposis, la poliartritis reumatoidea juvenil y las desviaciones del raquis. ¹⁷

GRUPO 3: Discapacidad mental

La atención odontológica de los pacientes con discapacidad intelectual se complica en forma equivalente a la profundidad de la patología de la que son portadores y en especial a su grado de coeficiente intelectual, por lo que el manejo exitoso requiere de consideraciones especiales que el odontólogo debe conocer y aplicar. En estos pacientes la problemática de la salud es más profunda y compleja que la del resto de la población y la relevancia no viene dada únicamente por la condición bio-psico-social y bucodental de estos niños y adolescentes, sino también por la falta de una adecuada atención odontológica para la demanda creciente que vienen afrontando. La incidencia de caries, en términos generales, es mayor que en el resto de la población y aumenta de forma progresiva en función de la severidad de la discapacidad intelectual, la complejidad de su manejo y el grado de comunicación; del mismo modo, la enfermedad periodontal destaca por presentar una mayor incidencia y por su aparición a edades tempranas. Las causas se asocian al deficiente mantenimiento de la higiene oral, dieta blanda y rica en azúcares, toma de

medicamentos, alteraciones estructurales, hábitos parafuncionales o frecuentes traumatismos. Las maloclusiones son frecuentes y están relacionadas con el síndrome asociado, su gravedad se debe principalmente a su predisposición y a la ausencia de tratamientos. En menor medida se observan también autolesiones, tanto de los tejidos orales como del resto del cuerpo

La Discapacidad Intelectual (DI) según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, 2010), anteriormente denominada Asociación Americana de Retraso Mental (AARM, 2002); se define como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, que abarca muchas habilidades sociales cotidianas y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años

- Características de los niños y adolescentes con DI

Existe una gran variabilidad en las actitudes y comportamientos. Pueden especificarse cuatro grados de intensidad: leve, moderado, severo y profundo. A pesar de que no existen alteraciones bucales típicas o exclusivas en el niño y adolescente con DI, ellos están más expuestos a desarrollar patologías bucales con mayor frecuencia que el resto de la población. Esto es debido a que es bastante común una higiene bucal deficiente, una alta ingesta de carbohidratos y medicamentos que favorece el desarrollo de caries y enfermedad periodontal. Por otro lado, el manejo de la conducta dificulta el tratamiento odontológico por lo que muchas veces este no es llevado a cabo, debido al poco conocimiento del especialista de las técnicas adecuadas

- Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes con DI

Según Silvestre (2004), las técnicas que permiten el manejo y tratamiento clínico odontológico de pacientes con DI son:

1. Manejo conductual, la cual es más utilizada en pacientes con DI Leve o DI Moderado en los que se puede establecer un mínimo grado de comunicación
2. La restricción física, utilizada en cualquier grado de DI que así lo requiera para evitar lesiones durante el tratamiento dental
3. La sedación, empleada en pacientes con DI Moderado o DI Severo incapaces de cooperar y finalmente la anestesia general, la cual debe utilizarse cuando hayan fracasado todas las técnicas anteriores o bien cuando se trate de un tratamiento largo y complejo o en pacientes con DI Profundo

GRUPO 4: Discapacidad múltiple

Según la Guía de Discapacidad múltiple y sordoceguera (2011) encontramos la siguiente definición:

La discapacidad múltiple se caracteriza por la presencia de distintas discapacidades en diferentes grados y combinaciones: discapacidad intelectual, auditiva, motora, visual, autismo, parálisis cerebral, algunos síndromes específicos, epilepsia, hidrocefalia, escoliosis y problemas de comportamiento. Pueden tener un rango

variable, dependiendo de la edad, así como de la combinación y severidad de sus discapacidades. (Guevara, I. 2011).

Aludiendo a la definición; la discapacidad múltiple implica un conjunto de discapacidades como anteriormente fue señalado, teniendo varios factores como la edad, el rango, grados y combinaciones. Por lo tanto, si hablamos de este tipo de discapacidad debemos tomar en cuenta su sin fin de características, algunas de ellas pueden ser: Dificultades de expresión y comunicación (tanto verbales como no verbales), dificultades o alteraciones referidas principalmente a la visión, audición y táctiles, conductas desadaptadas como autolesiones, agresiones a los demás, etc. Además, puede conllevar retrasos generalizados o graves en su desarrollo psicomotor y capacidades cognitivas

Se puede afirmar y refutar que la discapacidad múltiple tiene un sinfín de características, que hacen de ellas requerir diferentes atenciones, supervisión y apoyo durante toda su vida. Además, si se mira más allá de las múltiples discapacidades se evidencian las necesidades que presentan tanto a nivel emocional, educativo, social, entre otros. Cada hecho tiene un contexto, para cada condición existe una causa y si hablamos de discapacidad múltiple podemos encontrar muchas de ellas

Según la Guía de la discapacidad múltiple y sordoceguera encontramos las siguientes causas:

1- Síndromes:

- Síndrome de Down
- Trisomía 13

- Usher 28

2- Anomalías Congénitas Múltiples:

- CHARGE
- Hidrocefalia
- Abuso de drogas por parte de la madre
- Microcefalia
- Síndrome de alcoholismo fetal

3.- Nacimiento Prematuro

4.- Disfunciones prenatales congénitas:

- SIDA
- Herpes
- Rubéola
- Sífilis
- Toxoplasmosis
- Causas post-natales:
- Asfixia
- Encefalitis
- Trauma o accidente craneal
- Meningitis
- Derrame cerebral¹⁸

2.6 MANIFESTACIONES BUCODENTALES EN LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD

Las personas con algún tipo de discapacidad suelen tener complicaciones orales. Los problemas que experimentan para comer, especialmente para masticar, y la dificultad que presentan para mantener una higiene oral adecuada, hacen que sus dientes sean extremadamente susceptibles a la caries y que sus encías tengan tendencia a inflamarse. En consecuencia, el cuidado dental rutinario cobra una especial relevancia

- CARIES

La caries es una enfermedad multifactorial en la que existen una serie de condicionantes, denominados “determinantes de la caries”, que pueden influir en la pérdida de la sustancia mineral y en la velocidad de aparición de las lesiones

Las personas con discapacidad severa suelen presentar un elevado número de caries, que en este colectivo puede estar particularmente relacionado con las dificultades de provisión del cuidado de salud oral y de acceso al tratamiento odontológico, y en ocasiones con el contexto socioeconómico



Entre los principales factores que participan en el aumento de riesgo cariogénico cabe señalar:

1. La xerostomía, secundaria al consumo de ansiolíticos y fármacos anticolinérgicos
2. El consumo de fármacos que incorporan vehículos azucarados

3. Dietas especiales, incluyendo aquellas que requieren ingestas frecuentes
4. Hipotonía de las mejillas, labios o lengua
5. Disfunción motora de manos y brazos
6. Desmotivación debido a la percepción continua de enfermedad



- ENFERMEDAD PERIODONTAL

Bajo el denominador común de enfermedad periodontal se aglutinan una serie de cuadros clínicos de origen infeccioso que afectan a las estructuras de soporte del diente y que se clasifican en dos grandes grupos, gingivitis y periodontitis.

La gingivitis es un proceso inflamatorio de las encías de carácter reversible, sin migración apical del epitelio de inserción y que por lo tanto no altera sustancialmente el tejido de soporte del diente



La periodontitis por su parte es un proceso inflamatorio que afecta a los tejidos de soporte del diente, y se caracteriza por la migración apical de la inserción epitelial, y la destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar



- HALITOSIS

El principal factor etiológico de la halitosis corresponde a los compuestos volátiles de sulfuro liberados por las bacterias de la placa, que colonizan fundamentalmente el dorso lingual y las bolsas periodontales. Aunque cierto grado de halitosis es común

en personas saludables particularmente después de dormir (aliento matinal), y muchos alimentos y bebidas también pueden causar halitosis -algo obvio en el caso de ajos, cebollas o salsas curry, una higiene oral deficiente favorece la aparición de halitosis, especialmente cuando ésta coexiste con cualquier proceso infeccioso oral, incluyendo:

1. Gingivitis
2. Periodontitis
3. Abscesos dentales
4. Alveolitis secas (después de una exodoncia)
5. Sinusitis
6. Amigdalitis



Excepcionalmente, la halitosis puede deberse a otras causas de origen extraoral, como:

- a. Diabetes
- b. Problemas pulmonares
- c. Insuficiencia renal severa

- d. Enfermedad hepática
- e. Alteraciones psiquiátricas (halitosis delusoria)

- **TRAUMATISMOS**

Los traumatismos dentales son habituales en las personas con alteraciones de la coordinación motora, con epilepsia y entre los discapacitados psíquicos severos, como la oligofrenia, el delirio (común en diversos cuadros psicóticos) y la demencia (detectable en el 50% de las personas mayores institucionalizadas)

La complicación más frecuente del traumatismo dental es la fractura de la corona, especialmente en la dentición permanente



- **ATRICIÓN, EROSIÓN Y BRUXISMO**

- a) **Atrición**

La atrición es el desgaste fisiológico de la dentición como resultado de los contactos oclusales entre los dientes superiores e inferiores. Es más intensa en la dentición

temporal y durante la etapa de crecimiento -para facilitar la libertad de movimientos de los maxilares y el ajuste oclusal-, aunque en menor grado continúa durante toda la vida. La atrición puede ser patológica cuando se expone la dentina y en consecuencia se acelera la pérdida de tejido dentario (más común en personas de edad avanzada). Sigue un patrón característico que afecta especialmente a las superficies coronarias incisales, oclusales e interproximales

Se han descrito algunos factores que condicionan el ritmo de atrición, como la dureza de la dieta, determinadas características de la saliva, la mineralización irregular de los dientes (como ocurre en la dentinogénesis imperfecta o en el síndrome de Ehlers-Danlos) y la tensión emocional (especialmente en personas con discapacidad psíquica)

b) Erosión

La erosión dentaria se define como la pérdida de esmalte desde su superficie hacia el interior del diente, como consecuencia de la exposición continuada a sustancias ácidas de origen intrínseco o extrínseco (erosión química)

Las causas intrínsecas más frecuentes incluyen:

- a. Reflujo gastro-esofágico, debido a la incompetencia del esfínter, a un
- b) aumento de la presión gástrica (generalmente por obesidad) o a un incremento del volumen gástrico
 - a. Vómitos de repetición
 - b. Rumiación
- c) Entre las causas extrínsecas destacan:

- a. Dieta ácida, por la ingestión de bebidas carbonatadas, productos cítricos y bebidas alcohólicas
- b. Medicación, como la presencia de vitamina C en preparados de hierro y en algunos inhaladores
- c. Ciertos colutorios y sustitutivos salivales también pueden ser de características ácidas



c) Bruxismo

El bruxismo se define como una acción no funcional de apretar, frotar o rechinar los dientes. En su presentación nocturna predomina el frotamiento, por lo que el ruido es la principal característica, mientras que en el bruxismo diurno el apretamiento es el hallazgo más destacado. Aunque puede persistir a lo largo de toda la vida, suele tener carácter intermitente, generalmente asociado a factores emocionales o psicológicos. Se ha sugerido que el bruxismo refleja una interacción multifactorial de variables anatómicas, fisiológicas y psicológicas.

El bruxismo es común en discapacitados psíquicos (por ejemplo, en el síndrome de Down) y en diversos desórdenes psiquiátricos.

Se distinguen diferentes estadios de severidad en base al grado de destrucción dentaria:

- a) Mínima atrición
- b) Desgaste paralelo a la superficie oclusal/incisal
- c) Pérdida del relieve de las cúspides dentarias sin dentina expuesta
- d) Pérdida de la anatomía oclusal con exposición de la dentina



- XEROSTOMÍA

La xerostomía es la situación clínica que experimenta un paciente por falta de humidificación y lubricación de la mucosa oral, que provoca una sensación de sequedad. Generalmente expresa un déficit cuantitativo del flujo salival (hiposalivación), en respuesta a la administración de determinados medicamentos (como psicotrópicos, anticonvulsivantes, relajantes musculares, antidepresivos tricíclicos o antihipertensivos) o a ciertas enfermedades sistémicas (como el síndrome de Sjögren o la diabetes); la radioterapia del área maxilofacial también provoca xerostomía que en ocasiones llega a ser de carácter irreversible



- **BABEO**

El babeo o incontinencia salival normalmente se asocia a una disfunción de la actividad motora oral, a una incapacidad para tragar, a un déficit del esfínter oral y con menor frecuencia a un incremento de la producción de saliva (hipersalivación). Es un problema bastante frecuente en personas discapacitadas (parálisis cerebral, retraso mental, epilepsia, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, etc.) que conlleva importantes repercusiones físicas, psicosociales y estéticas



- **EFFECTOS INDESEABLES DE LA MEDICACIÓN**

Algunos medicamentos pueden favorecer la aparición y el desarrollo de patología oral. La ingesta prolongada de jarabes de contenido azucarado potencia el desarrollo de

caries. Muchos fármacos ansiolíticos y sedantes, como ya hemos señalado anteriormente, provocan una disminución de la secreción salival que también promueve la aparición de caries y enfermedad periodontal. En los pacientes que reciben fármacos inmunosupresores como la ciclosporina, o antihipertensivos como el nifedipino u otros bloqueadores de los canales del calcio, aparece con cierta frecuencia un efecto indeseable que es el agrandamiento gingival, un hallazgo que compromete esencialmente la salud periodontal



- AUTOLESIONES

La automutilación puede causar daños en los tejidos orales y periorales, particularmente en personas con problemas de salud mental como una discapacidad psíquica severa, demencia, síndrome de Tourette o en el síndrome de Lesh-Nyhan, donde los labios y la lengua pueden llegar a ser mordidos hasta su completa destrucción. Raramente la automutilación es accidental, como ocurre en pacientes con tolerancia congénita al dolor, en el síndrome de Riley-Day (disautomía familiar) y en algunos autistas



- MALOCLUSIONES

En 1899, Edward H. Angle definió tres modelos diferentes de oclusión que todavía siguen aplicándose en la actualidad

- I. La clase I o normoclusión, en la que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior contacta con el surco vestibular del primer molar inferior. En estas personas la relación intermaxilar es normal, pero pueden existir malposiciones dentarias que generalmente afectan a los dientes del sector anterior, como apiñamiento, diastemas, mordida abierta, mordida cruzada o caninos elevados.



- II. La clase II o distoclusión, en la que el primer molar inferior se sitúa por distal del superior. A su vez se divide en división primera, en la que destaca el resalte del grupo incisivo superior como ocurre típicamente en los pacientes con parálisis cerebral- y en división segunda, en la que el hallazgo predominante es la sobremordida como ocurre en los síndromes que cursan con hipoplasia mandibular



- III. La clase III o mesioclusión, en la que el primer molar inferior se sitúa por mesial del superior. Estos pacientes suelen tener mandíbulas grandes y maxilares superiores pequeños; esta alteración se denomina prognatismo mandibular y en la población general tiene un cierto componente genético.

Esta morfología maxilar característica es particularmente frecuente en los pacientes con síndrome de Down.¹⁹



2.7 MANEJO ODONTOLÓGICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Gran parte de los profesionistas cree que la atención odontológica a discapacitados requiere entrenamiento especial y equipo adicional. Los factores importantes para el manejo del discapacitado son comprensión, compasión y paciencia. El manejo eficaz de estas personas implica más un cambio de actitud que de técnica. El odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades. Debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal.

El odontólogo debe tener un conocimiento del manejo en la atención en pacientes con esta discapacidad, ya que para su atención existen maniobras y equipo especial. Si el odontólogo no está preparado para estas reacciones, pueden aparecer

sentimientos de tensión e incomodidad, pudiendo aumentar el estado de ansiedad del paciente y hasta provocar temores, lo que resulta un círculo vicioso

El odontólogo debe evitar los movimientos bruscos, ruidos y luces sin advertir antes al paciente, así minimizar las reacciones reflejas por sorpresa. En caso de impedimento físico en que el paciente se encuentre en silla de ruedas es conveniente atenderlo en ella.²⁰

2.8 TECNICAS DE ACONDICIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- Decir, Mostrar y Hacer:

Esta técnica enseña al niño, paso a paso, lo que se espera de él en la consulta. Se le explica al paciente, con lenguaje comprensible de acuerdo a su CI, lo que se le va a hacer (Decir), luego se le hace una demostración de los elementos que se van a utilizar (Mostrar), y por último se procede a llevar a cabo lo explicado (Hacer). En esta técnica hay que considerar su coeficiente de inteligencia y grado de instrucción alcanzado, se debe hablar con lentitud y términos sencillos, dar una sola instrucción en cada orden y un premio tras cumplirla, y escuchar con atención, ya que hay que tener en cuenta que pueden tener problemas de comunicación, por lo cual es mejor las sesiones cortas

- Reforzamiento Positivo:

De acuerdo a Furman (2004), consiste en el fortalecimiento de un patrón de comportamiento que aumenta la posibilidad de que, en un futuro, se exhiba dicha conducta. El especialista debe recompensar el buen comportamiento del niño en la

consulta odontológica, mostrando aprobación de los procedimientos realizados. Los reforzadores pueden ser de varios tipos; pueden ser reforzadores materiales como las recompensas y premios ante las conductas deseadas, de tipo social como las demostraciones verbales de afecto y no verbales, así como los elogios y pueden ser refuerzos de actividad que suponen la oportunidad de realizar una actividad deseada tras realizar la conducta adecuada

- **Reacondicionamiento:**

Está indicada en niños con experiencias previas poco agradables. Esta técnica es recomendada en casos de niños y adolescentes que han sufrido malas experiencias, con el fin de reacondicionarlos lentamente, explicando les de acuerdo al nivel de DI cada procedimiento, pero sin mentirles

- **Modelamiento o Imitación:**

Consiste en la modificación del comportamiento; a través de ello, el paciente puede familiarizarse con la situación odontológica, observando a otros niños en vivo o a través de un video, con un comportamiento igual al que se espera de él, mostrándole el procedimiento a realizar antes de llevarlo a cabo

- **Moldeamiento:**

Según Tejada (2006) y Ferro (2005), esta técnica es el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones a la conducta blanco (conducta que se desea instaurar) hasta que esta aparezca en el repertorio de conducta es decir se instale

- **Corrección Física:**

Consiste en llevar físicamente al paciente a realizar la actividad esperada, no efectuada por el niño después de una instrucción o corrección verbal. Debe de ir acompañado con cierta fuerza, teniendo especial cuidado de no causar dolor ni lastimar al niño

- Extinción:

Como lo menciona Reeve (1994), es la eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba. La manera más efectiva de erradicar una conducta reforzada anteriormente es ignorándola y para ello se debe ser constante y persistente. Este método en los niños con discapacidad se realiza cuando presentan conductas que se manifiestan con rabietas, pataletas, lloros, pero sin manifestaciones agresivas

- Reforzamiento de Conductas Incompatibles:

Es la disminución de una conducta que es incompatible con la conducta que deseamos modificar. Se aplica reforzando al paciente por cualquier otra conducta diferente a la conducta inapropiada que se quiere modificar. Esta técnica funciona en pacientes con DI que puedan comprender el significado de los procedimientos dentales y cuya comprensión del lenguaje no sea limitada

- Desensibilización:

Longobardi y Martínez en 1997, describen que esta técnica se emplea para reducir los temores y tensión del paciente. Se logra enseñando una respuesta competente como la relajación, y luego se introducen progresivamente estímulos más

amenazantes a medida que el paciente se desensibiliza. Se realizan procedimientos fáciles y menos amenazantes dejando los más difíciles para más adelante

- Restricción Física:

Según lo mencionan Silvestre (2004) y Furman (2004), la restricción física supone cualquier método manual, físico o mecánico aplicado al paciente con discapacidad para inmovilizarlo, parcial o totalmente, con el fin de protegerlo a él, al especialista y su equipo mientras se le proporciona atención odontológica. Deberá obtenerse antes de comenzar el tratamiento el consentimiento informado de los padres o responsables del paciente especificando el tipo de inmovilización que se va a realizar. Está indicada en pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental. Este es el último recurso, no es recomendable, pero en casos de emergencia, la prioridad del tratamiento nos puede llevar a ejecutarla

- Técnicas de premedicación oral:

Además del manejo psicológico del comportamiento del niños y adolescente, y aún con la ayuda de la restricción física, el tratamiento de buen número de pacientes con DI no puede realizarse de manera óptima, debido a que muchos de estos muestran gran resistencia emocional y/o física y una capacidad de comprensión y comunicación limitadas, así como un grado de colaboración escaso. Siempre en interconsulta con el pediatra o anesthesiólogo, ya que se podrían presentar complicaciones médicas que deben ser resueltas interdisciplinariamente

- Técnicas de Sedación:

En muchas ocasiones, cuando el grado de discapacidad a nivel cognitivo es alto y existe falta de comunicación o incapacidad para controlar los movimientos involuntarios, se hará necesario recurrir a la ayuda farmacológica para realizar en las mejores condiciones el tratamiento odontológico. Como lo menciona Silvestre (2004), esta es la esta alternativa de atención odontológica en niños y adolescente con DI Moderado o DI Severo incapaces de cooperar.²¹

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 MÉTODOS

Se realizará una investigación bibliográfica y un estudio descriptivo, observacional, transversal con base en una recopilación de artículos reconocidos, actualizados y en diferentes idiomas para obtener un mayor alcance de datos y se aplicará un cuestionario Google forms.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, descriptivo, transversal, se realizará una base de datos aplicando estadística no descriptiva.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Alumnos de tercero y cuatro años de la Clínica Cuautitlán de la FES IZTACALA.

- Criterios de inclusión: Alumnos que deseen participar en la investigación
- Criterios de exclusión: Alumnos que no deseen participar en la investigación

3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

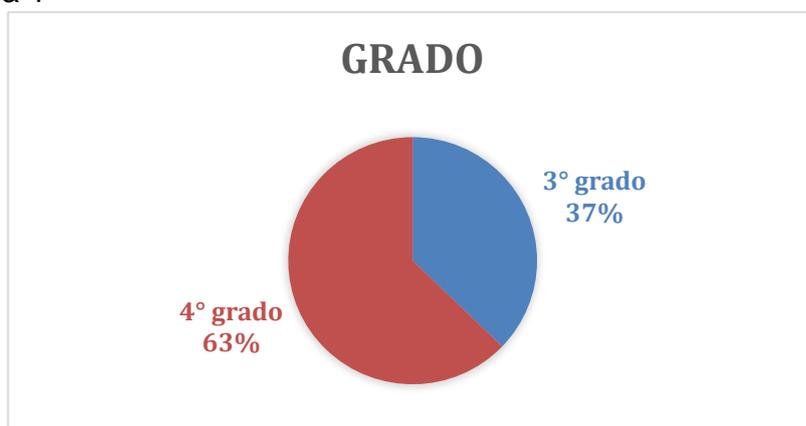
Se aplicará una encuesta con previo consentimiento de los participantes y será anónima.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

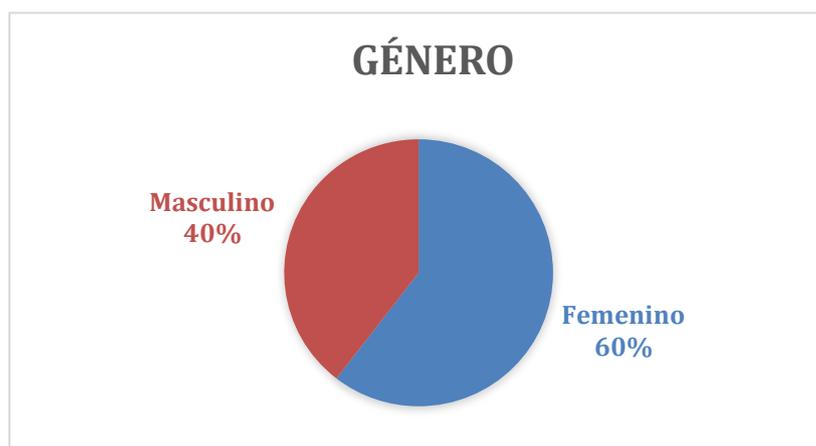
4.1 RESULTADOS

Grafica 1



En la gráfica 1. Muestra el porcentaje de acuerdo con el grado académico. El 37% corresponde al 3º grado el 63% al 4º grado.

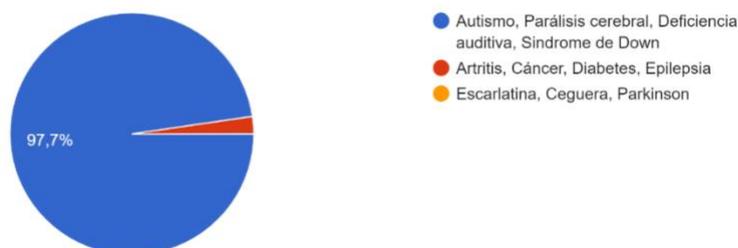
Grafica 2



En la gráfica 2. Muestra el porcentaje de acuerdo con el género. El 60% corresponde al género femenino el 40% al género masculino.

Grafica 3.

¿Cuales son las discapacidades mas frecuentes?
43 respuestas



En la grafica 3. Muestra el porcentaje de acuerdo con las discapacidades mas frecuentes. El 97.7% corresponde al color azul autismo, parálisis cerebral, deficiencia auditiva, síndrome de Down el 2.3%. al color rojo Artritis, cáncer, diabetes, epilepsia.

Grafica 4

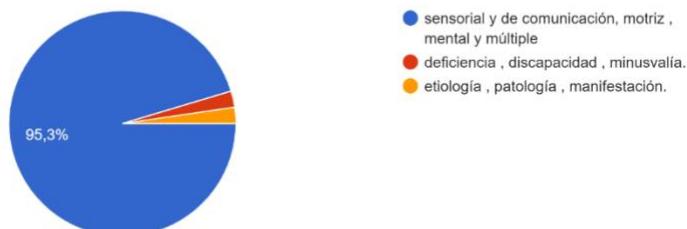
La discapacidad es:
43 respuestas



En la grafica 4. Muestra el porcentaje de acuerdo con qué es la discapacidad. El 55.8% corresponde al color rojo restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano el 41.9% al color azul perdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica el 2.3% al color anaranjado situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente.

Grafica 5.

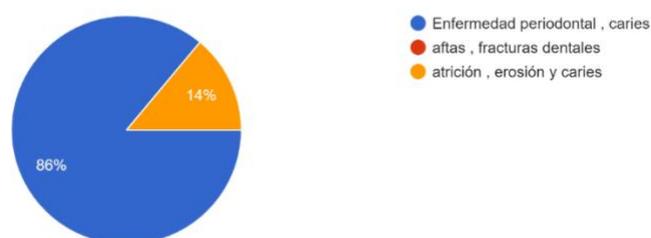
Clasificación de la discapacidad
43 respuestas



Gráfica 5. Muestra el porcentaje de acuerdo con la clasificación de la discapacidad. El 95.3% corresponde al color azul sensorial y de comunicación motriz, mental y múltiple el 2.35% al color rojo deficiencia, discapacidad, minusvalía el 2.35% al color anaranjado etiología, patología, manifestación.

Grafica 6

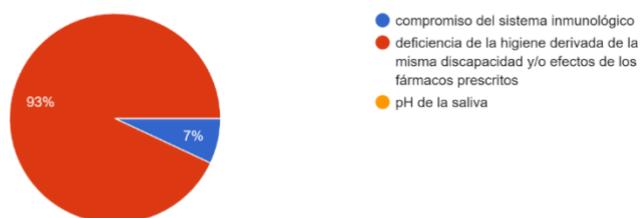
Alteraciones mas frecuentes en la cavidad bucal en pacientes con discapacidad
43 respuestas



Gráfica 6 muestra el porcentaje de acuerdo con las alteraciones más frecuentes en la cavidad bucal en pacientes con discapacidad. El 86% corresponde a color azul enfermedad periodontal caries el 14% al anaranjado atrición erosión y caris.

Grafica 7

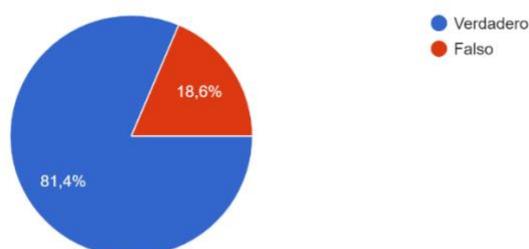
¿ Porque suelen presentarse de forma mas severa las enfermedades bucales en personas con discapacidad ?
43 respuestas



Gráfica 7. Muestra el porcentaje de acuerdo con la forma en la que se presentan más severas las enfermedades bucales. El 93% corresponde al color anaranjado deficiencia de la higiene derivada de la misma discapacidad y/o efectos de los fármacos prescritos el 7% al color azul compromiso del sistema inmunológico.

Grafica 8

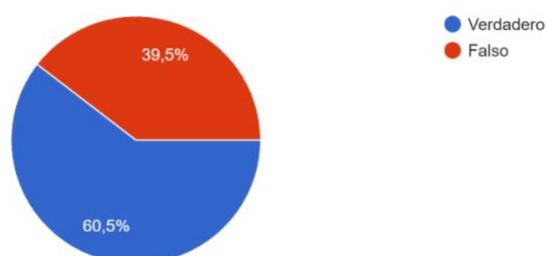
Los traumatismos dentales son habituales en personas con discapacidad
43 respuestas



Gráfica 8. Muestra el porcentaje de acuerdo con los traumatismos dentales son habituales en personas con discapacidad. El 81.4% corresponde al color azul verdadero el 18.6% al rojo falso.

Grafica 9

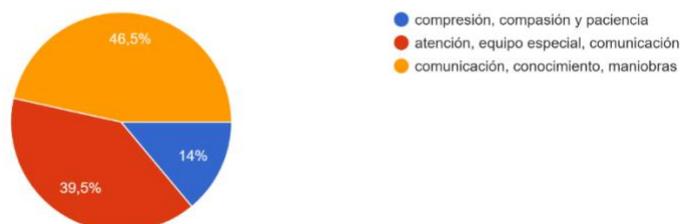
La hipersalivación es frecuente en personas con discapacidad
43 respuestas



Gráfica 9. Muestra el porcentaje de acuerdo con la hiper la hipersalivación es frecuente en personas con discapacidad el 60.5% corresponde al color azul verdadero el 39.5% al rojo falso.

Grafica 10

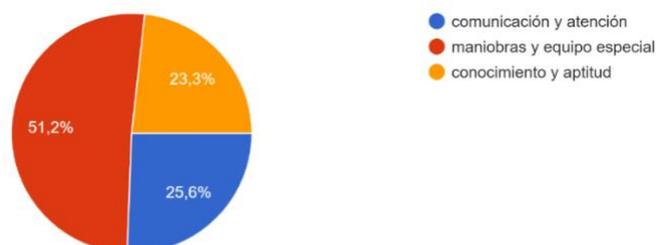
¿ Cuales son los factores para el manejo de personas con discapacidad?
43 respuestas



Gráfica 10. Muestra el porcentaje de acuerdo a cuáles son los factores para el manejo de personas con discapacidad el 46.5% corresponde al color anaranjado comunicación, conocimientos, maniobras el 39.5% al rojo atención, equipo especial comunicación el 14% a la azul comprensión, compasión y paciencia.

Grafica 11

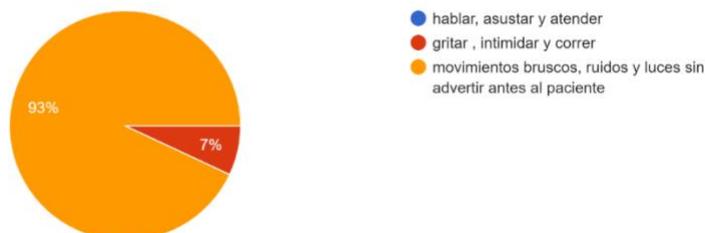
Para la atención de pacientes con discapacidad existen:
43 respuestas



Gráfica 11. Muestra el porcentaje de acuerdo con para la atención de pacientes con discapacidad. El 51.2% corresponde al rojo maniobras y equipo especial el 25.6% al azul comunicación y atención el 23.3% a la naranjado conocimiento y aptitud.

Grafica 12

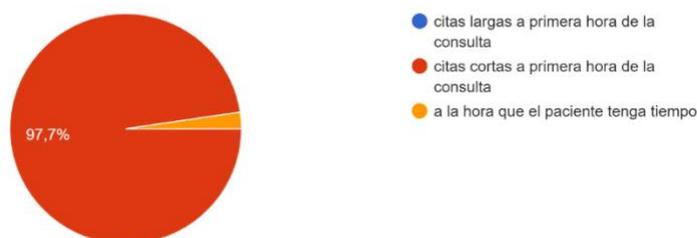
En la consulta el odontólogo debe evitar
43 respuestas



Gráfica 12. Muestra el porcentaje de acuerdo con en la consulta el odontólogo debe evitar. El 93% corresponde al color anaranjado movimientos bruscos, ruidos y luces sin advertir antes al paciente el 7% al color rojo brincar, intimidar y correr.

Grafica 13

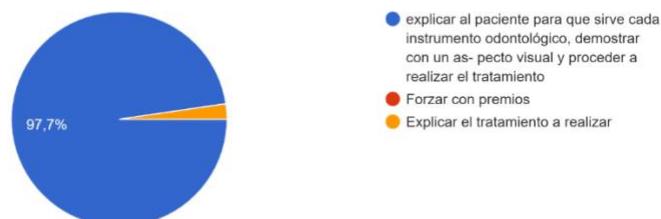
¿ Cual es la hora y tiempo adecuado para la atención de pacientes con discapacidad ?
43 respuestas



Gráfica 13. Muestra el porcentaje de acuerdo con cuál es la hora y tiempo adecuado para la atención de pacientes con discapacidad. El 97.7% corresponde al color rojo citas cortas a primera hora de la consulta el 2.3% al color anaranjado a la hora que el paciente tenga tiempo.

Grafica 14

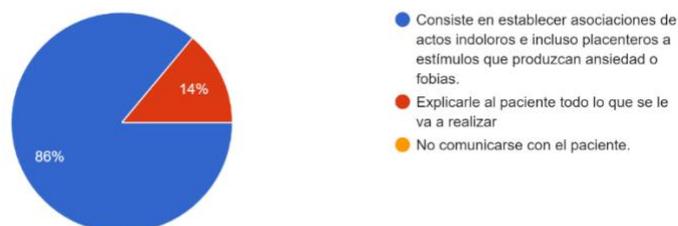
En qué conste la técnica : decir , mostrar y hacer
43 respuestas



Gráfica 14. Muestra el porcentaje de acuerdo en qué consiste la técnica: decir, mostrar y hacer. El 97.7% corresponde al color azul explicar al paciente para que sirva cada instrumento odontológico, demostrar con un aspecto visual y proceder a realizar el tratamiento el 2.3% al color anaranjado explicar el tratamiento a realizar.

Grafica 15

En qué consiste la técnica de desensibilización
43 respuestas



Gráfica 15. Muestra el porcentaje de acuerdo en qué consiste la técnica de sensibilización. El 86% corresponde al color azul consiste en establecer asociaciones de actos indoloros e incluso placenteros a estímulos que produzcan ansiedad o fobias el 14% al color rojo explicarle al paciente todo lo que se va a realizar.

Grafica 16

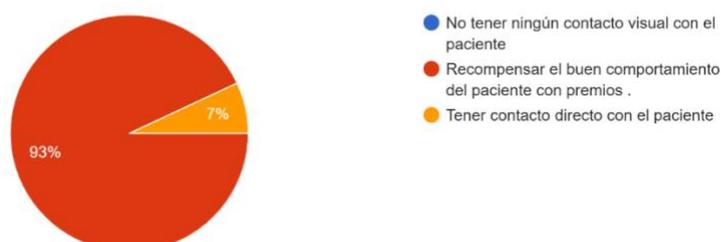
En qué consiste la técnica de control de voz
43 respuestas



Gráfica 16. Muestra el porcentaje de acuerdo en qué consiste la técnica de control de la voz. El 97,7% corresponde al color azul en controlar con el tono, ritmo, volumen y firmeza el 2,3% al rojo controlar los gritos de paciente y la mamá.

Grafica 17

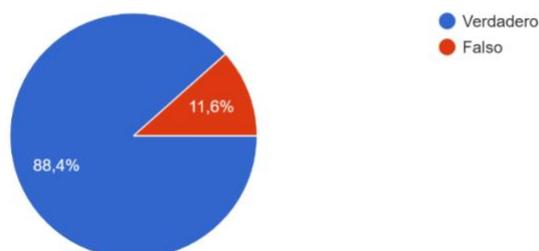
En qué consiste la técnica de refuerzo positivo
43 respuestas



Gráfica 17. Muestra el porcentaje de acuerdo en qué consiste la técnica de refuerzo positivo. El 93% corresponde al color rojo recompensar el buen comportamiento del paciente con premios el 7% al color anaranjado tener contacto directo con el paciente.

Grafica 18

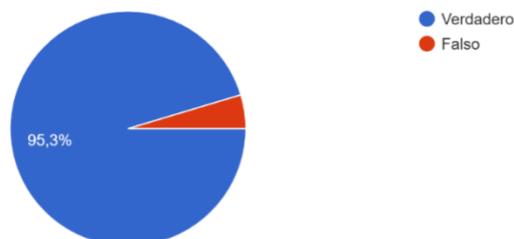
La prevención es la mejor herramienta para tratar a pacientes con discapacidades
43 respuestas



Gráfica 18. Muestra el porcentaje de acuerdo con la prevención es la mejor herramienta para tratar a pacientes con discapacidad. El 88.4% corresponde al color azul verdadero el 11.6% al color anaranjado falso.

Grafica 19

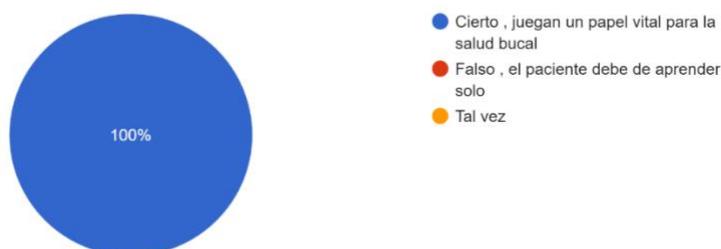
Las enfermedades prevalentes como caries, enfermedades periodontales y maloclusiones afectan significativamente a personas con discapacidad
43 respuestas



Gráfica 19. Muestra el porcentaje de acuerdo con las enfermedades prevalentes como caries, enfermedades periodontal y maloclusiones afectan significativamente a personas con discapacidad. El 95.3% corresponde al color azul verdadero el 4.7% al color rojo falso.

Grafica 20

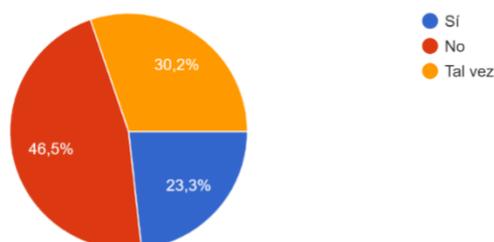
Se debe educar a los cuidadores para el apoyo de la salud bucal en personas con discapacidad
43 respuestas



Gráfica 20. Muestra el porcentaje de acuerdo con se debe educar a los cuidadores para el apoyo de la salud bucal en personas con discapacidad. El 100% corresponde al color azul cierto, juegan un papel vital para la salud bucal.

Grafica 21

¿ Dentro de tus clases te han enseñado o hablado sobre como atender a pacientes con discapacidad ?
43 respuestas



Grafica 21. Muestra el porcentaje de acuerdo con dentro de tus clases te han enseñado o hablado sobre como atender a pacientes con discapacidad. El 46.5% corresponde al color rojo no el 30.2% al color anaranjado tal vez el 23.3% al color azul sí.

Grafica 22

Norma Oficial Mexicana que regula la atención a personas con discapacidad
43 respuestas



Grafica 22. Muestra el porcentaje de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana que regula la atención a personas con discapacidad. El 46.5% corresponde al color azul el 37.2% al color anaranjado el 16.3% al color rojo.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El odontólogo debe estar preparado para brindar una adecuada atención a personas con algún tipo de discapacidad sensorial, motriz, mental y múltiple, es importante el manejo eficaz de las diferentes técnicas de ayuda para mejorar y brindar una mejor atención odontológica.

De acuerdo con los resultados de la investigación se evidencia que el nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con discapacidad en alumnos de pregrado en la CUSI Cuautitlán de la facultad de estudios superiores Iztacala, se realizó 21 preguntas de opción múltiple y a través de graficas se evidencia que el resultado fue regular.

CONCLUSIONES

El futuro odontólogo como profesional de la salud debe tener conocimiento teórico de las diferentes técnicas para atender a pacientes con alguna discapacidad en la clínica o en el consultorio dental.

Debe estar preparado para brindar una adecuada atención a personas con algún tipo de discapacidad sensorial, motriz, mental y múltiple, es importante el manejo eficaz de las diferentes técnicas de ayuda para mejorar y brindar una mejor atención odontológica de acuerdo con las características de cada paciente que llegué al consultorio dental y así establecer alternativas de tratamiento sencillas o complicadas y debe conocer el manejo de cada paciente para evitar crisis nerviosas, temores, estados de ansiedad o incluso que se lastimen así mismos.

Es importante tener el conocimiento de las diferentes enfermedades bucales más comunes que presentan las personas con discapacidad para su mejor atención.

El odontólogo le debe dar tiempo, espacio y comodidad al paciente para que entre en confianza y sin temor al consultorio, y se deben generar estrategias de motivación que favorezcan el interés por su cuidado bucal y todo esto debería ser importante desde las prácticas en las clínicas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

¹ OMS. (2020). Discapacidad y salud. Noviembre 21, 2021, de Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

² Martínez, Héctor., & Rivera, Gerardo (2011). Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Salud Pública de México, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619766001>

³ Martínez, H., Treviño, M., & Rivera, G. (2011). Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Noviembre 21,2021, de Revista ADM <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od115d.pdf>

⁴ Figueroa, N., Hermida, R., Domínguez, A., Zorrilla, I., Valenzuela, Y., Rivera, F. Atención odontológica a pacientes con discapacidad mental y psicomotriz en la Facultad de Odontología de Mexicali. Univ Odontol. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-81.aop>

⁵ Padilla, Andrea (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041012>

⁶ Padilla, Andrea (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041012>

⁷ Figueroa, N., Hermida, M., Domínguez, A., Zorrilla, ., Valenzuela, Y., Rivera, F. Atención odontológica a pacientes con discapacidad mental y psicomotriz en la Facultad de Odontología de Mexicali. Univ Odontol. Noviembre 21, 2021, https://www.redalyc.org/journal/2312/231265798002/html/#redalyc_231265798002_ref4

⁸ Lozada, M., & Guerra-G. (2021). Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Revista De Odontopediatría Latinoamericana https://redib.org/Record/oai_articulo3108180-alternativas-de-atenci%C3%B3n-odontol%C3%B3gica-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes-con-discapacidad-intelectual

⁹ García, J (2005). La discapacidad hoy. Psychosocial Intervention, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817547001>

¹⁰ World Health Organization. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. julio 10,2022, de World Health Organization

¹¹ World Health Organization. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. julio 10,2022, de World Health Organization <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445spa.pdf>

¹² Scagnet G. Odontología y discapacidad. Rev Asoc Odontol Argent, Noviembre 21, 2021, https://raoa.aoa.org.ar/revistas/revista_fulltext?t=29&d=Odontolog%C3%ADa_y_discapacidad&volumen=106&numero=4

¹³ Giraldo, M., Martínez, C., Cardona, N., Gutiérrez, J., Giraldo, K., Jiménez, P,. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. Rev. CES Odont 2017; 30(2): 23-36.

¹⁴ Figueroa, N., Hermida, M., Domínguez, A., Zorrilla, I., Valenzuela, Y., Rivera, F. Atención odontológica a pacientes con discapacidad mental y psicomotriz en la Facultad de Odontología de Mexicali. Univ Odontol. 2019 jun-dic; 38(81). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-81.aopd>

¹⁵ Chavira, A., Espinoza, C., Ramirez, O., Macías, E., Martínez, H., Vaquera, N., Luengo, J.. (2018). Manejo odontopediátrico de paciente con trastornos de la comunicación. julio 27, 2022, de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2018/art-31/>

¹⁶ Gaitán HF, Sánchez-Mendoza F, González-Colmenares G. Barreras físicas y estructurales para el tratamiento odontológico de personas con discapacidad motora. Rev Nac Odontol. 2013; 9(17): 41-46.

¹⁷ Ministerio de Educación (2013). Discapacidad física motora - Estudio de caso, Comprensión de la discapacidad VII. Viceministerio de Educación Superior de Formación Profesional/Dirección General de Formación de Maestros. La Paz-Bolivia. https://www.minedu.gob.bo/files/publicaciones/veaye/dgee/jica12_DISCAPACIDAD_FISICO-MOTORA.pdf

¹⁸ Alveal, C., Stuard, V. Caracterización de la identidad del estudiante en condición de discapacidad múltiple según la CIF. Universidad de Concepción, 2018. <http://repositorio.udec.cl>

¹⁹ Pérez, M., Limeres, J., Fernández, J. Manual de higiene oral para personas con discapacidad. Universidad Santiago de Compostela, 2012.

²⁰ Tesini, D., Fenton, S., Cuidados dentales en personas con incapacidades físicas o mentales. Dent.Clin. North. Am 2001; 461- 79

²¹ Lozada, M., Guerra, M., (2021). Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Revista De Odontopediatría Latinoamericana. https://redib.org/Record/oai_articulo3108180-alternativas-de-atenci%C3%B3n-odontol%C3%B3gica-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes-con-discapacidad-intelectual

ANEXOS



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD

El siguiente cuestionario es de forma anónima

Grado *

Tu respuesta

Género *

Tu respuesta

¿ Dentro de tus clases te han enseñado o hablado sobre como atender a pacientes con discapacidad ? *

Sí
 No
 Tal vez

La discapacidad es: *

pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
 restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
 situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente.

Clasificación de la discapacidad *

sensorial y de comunicación, motriz, mental y múltiple
 deficiencia, discapacidad, minusvalía.
 etiología, patología, manifestación.

Norma Oficial Mexicana que regula la atención a personas con discapacidad *

NOM-030-SSA3-2013
 NOM-013-SSA2-2015
 NOM-015-SSA3-2012

¿Cuales son las discapacidades mas frecuentes? *

- Autismo, Parálisis cerebral, Deficiencia auditiva, Síndrome de Down
- Artritis, Cáncer, Diabetes, Epilepsia
- Escarlatina, Ceguera, Parkinson

Alteraciones mas frecuentes en la cavidad bucal en pacientes con discapacidad *

- Enfermedad periodontal , caries
- aftas , fracturas dentales
- atrición , erosión y caries

¿ Porque suelen presentarse de forma mas severa las enfermedades bucales en personas con discapacidad ? *

- compromiso del sistema inmunológico
- deficiencia de la higiene derivada de la misma discapacidad y/o efectos de los fármacos prescritos
- pH de la saliva

Los traumatismos dentales son habituales en personas con discapacidad *

- Verdadero
- Falso

La hipersalivación es frecuente en personas con discapacidad *

- Verdadero
- Falso

¿ Cuales son los factores para el manejo de personas con discapacidad? *

- comprensión, compasión y paciencia
- atención, equipo especial, comunicación
- comunicación, conocimiento, maniobras

Para la atención de pacientes con discapacidad existen: *

- comunicación y atención
- maniobras y equipo especial
- conocimiento y aptitud

En la consulta el odontólogo debe evitar *

- hablar, asustar y atender
- gritar , intimidar y correr
- movimientos bruscos, ruidos y luces sin advertir antes al paciente

¿ Cual es la hora y tiempo adecuado para la atención de pacientes con discapacidad ? *

- citas largas a primera hora de la consulta
- citas cortas a primera hora de la consulta
- a la hora que el paciente tenga tiempo

En qué conste la técnica : decir , mostrar y hacer *

- explicar al paciente para que sirve cada instrumento odontológico, demostrar con un aspecto visual y proceder a realizar el tratamiento
- Forzar con premios
- Explicar el tratamiento a realizar

En qué consiste la técnica de desensibilización *

- Consiste en establecer asociaciones de actos indoloros e incluso placenteros a estímulos que produzcan ansiedad o fobias.
- Explicarle al paciente todo lo que se le va a realizar
- No comunicarse con el paciente.

En qué consiste la técnica de control de voz *

- En controlar con el tono , ritmo, volumen y firmeza
- Controlar los gritos de paciente y la mamá.
- Gritar junto con el paciente.

En qué consiste la técnica de refuerzo positivo *

- No tener ningún contacto visual con el paciente
- Recompensar el buen comportamiento del paciente con premios .
- Tener contacto directo con el paciente

La prevención es la mejor herramienta para tratar a pacientes con discapacidades *

- Verdadero
- Falso

Las enfermedades prevalentes como caries, enfermedades periodontales y maloclusiones afectan significativamente a personas con discapacidad *

- Verdadero
- Falso

Se debe educar a los cuidadores para el apoyo de la salud bucal en personas con discapacidad *

- Cierto , juegan un papel vital para la salud bucal
- Falso , el paciente debe de aprender solo
- Tal vez

