



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE  
INFORME DE INVESTIGACIÓN

**CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS ESTUDIANTES DE 5º AÑO  
ACERCA DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON  
NECESIDADES ESPECIALES QUE ACUDEN AL ÁREA DE  
ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO EN EL PERÍODO NOVIEMBRE-  
DICIEMBRE 2005.**

**Autoras:** Glanel Cordero.

Zonnali Cirucci.

**Tutor (C):** Dr. Patricia Rafaschieri.

**Tutor (M):**Mgs. Milagro García.

Valencia, Marzo 2002.



ODONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
Facultad de Odontología  
Dpto. Formación Integral del Hombre

### **CARTA DE APROBACIÓN**

*En carácter de tutor (es) del trabajo final de investigación Titulado Conocimiento que poseen los estudiantes de 5º año acerca de la Atención Odontológica en pacientes con Necesidades Especiales que acuden al área de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el período noviembre-diciembre 2005, presentado por las bachilleres Cirrucci Zonnali y Cordero Glanel , considero que dicho trabajo de investigación reúne los requisitos y meritos suficientes para ser aprobado y sometido a presentación publica y evaluación*

*En la ciudad de Valencia, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.*

---

**TUTOR DE CONTENIDO**

---

**TUTOR METODOLÓGICO**

## **DEDICATORIA**

A DIOS sobre todas las cosas, por ser el ser que me ha acompañado durante toda la carrera, ha sido el mejor guía, por que el nunca me ha defraudado, siempre esta en las buenas y en las no tan buenas, llena mi vida de luz y esperanza, y me ayuda a seguir adelante.

A mis padres Gladys de Cordero y Nelson Cordero, que me dieron la vida, gracias por el apoyo incondicional, el esfuerzo, la paciencia, el cariño, el sacrificio, los consejos; Gracias infinita. A quienes les dedicó muy especialmente éste logro.

A mis Hermanas Nellyver y Heidyver por ser ejemplo y admiración por sus logros, por el apoyo durante toda mi vida y carrera, gracias por estar siempre allí cuando más los necesitaba.

A mi compañera de tesis Zonnali Cirucci por su paciencia y colaboración en este sueño que hoy se ha hecho realidad.

A Bryanth Barbarino quien con su dedicación, apoyo y ayuda incondicional contribuyó a la culminación de esta trabajo; Gracias amor, a tí tambien te dedico éste trabajo.

A mis queridos e inolvidables compañeros de carrera; Evelyn Diaz, Migdelise Coronel, vivimos momentos inolvidables, tanto alegres como tristes, pero todo valió la pena.

**Glanel Cordero**

## **DEDICATORIA**

A DIOS por permitirme lograr este sueño ya que sin el no hubiese sido posible y por llenarme de fortaleza para afrontar cada adversidad.

A mi papá Leonali Cirucci, que hoy reconozco el inmenso valor que tiene en mi vida y lo grande que es para mi, este es tu mayor sueño, este logro es para ti; solo deseo que al momento de este triunfo Dios no te halla llevado de mi lado. TE AMO.

A mi mamá Zonsaire de Cirucci, que es sin duda mi hermana, mi amiga y mi fiel compañera, musa inspiradora de todos mis sueños, este triunfo también es tuyo.

A mi abuela Alida, por preocuparse en mi en todo momento y ser pilar fundamental de apoyo para mi mamá y para mi.

A mis tíos Edduin y Maivi, que siempre han estado a mi lado apoyándome en los momentos más difíciles, y la distancia no ha sido impedimento para ello.

A José F. Da Silva, quien con su amor y dedicación ha sido incondicional en el último año de mi carrera, gracias mi vida.

A mi compañera de tesis Glanel Cordero por su empeño y fortaleza ante las adversidades.

A mis amigos, amigas que siempre han estado a mi lado y apoyándome. En especial a Andrea Linares, Milagros Sumoza, Evelyn Díaz y Migdelise Coronel.

**Zonnali Cirucci**

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS todopoderoso, por darnos la vida y ayudarnos a lograr ésta meta.

A la Universidad de Carabobo, por ser nuestra casa de estudio quien nos ofreció ésta oportunidad y hoy al fin la hemos logrado.

A todos los Estudiantes del 5to de Odontología de la Universidad de Carabobo por su receptividad, paciencia y colaboración para la elaboración de ésta investigación.

A la Tutora de Metodología Milagros García por su apoyo, conocimientos, disponibilidad y sobre todo su paciencia.

A la Doctora Patricia Rafaschieri por toda su colaboración, conocimientos transmitidos y su receptividad.

A todos los familiares, amigos, compañeros de clase que nos apoyaron para lograr ésta meta.

A todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron y apoyaron al logro de este sueño. Gracias a todos.

## INDICE

| <b>Descripción</b>                           | <b>P.</b>   |
|--|-------------|
| <b>CARTA DE APROBACIÓN.....</b>              | <b>ii</b>   |
| <b>DEDICATORIA .....</b>                     | <b>iv</b>   |
| <b>AGRADECIMIENTOS .....</b>                 | <b>iv</b>   |
| <b>INDICE .....</b>                          | <b>vi</b>   |
| <b>INDICE DE CUADROS.....</b>                | <b>viii</b> |
| <b>INDICE DE GRAFICOS.....</b>               | <b>ix</b>   |
| <b>RESUMEN.....</b>                          | <b>x</b>    |
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>                    | <b>1</b>    |
| <br>   |             |
| <b>CAPÍTULO I.....</b>                       | <b>3</b>    |
| <b>Planteamiento del Problema .....</b>      | <b>3</b>    |
| <b>Objetivos de la Investigación .....</b>   | <b>9</b>    |
| <b>Objetivo General .....</b>                | <b>9</b>    |
| <b>Objetivos Específicos .....</b>           | <b>9</b>    |
| <b>Justificación .....</b>                   | <b>10</b>   |
| <br>   |             |
| <b>CAPITULO II .....</b>                     | <b>12</b>   |
| <b>Antecedentes.....</b>                     | <b>12</b>   |
| <br>   |             |
| <b>Bases Teóricas .....</b>                  | <b>19</b>   |
| <b>Operacionalización de Variables .....</b> | <b>47</b>   |
| <b>Sistema de Variables.....</b>             | <b>47</b>   |
| <b>Definición de Términos.....</b>           | <b>50</b>   |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CAPITULO III.....</b>                                   | <b>51</b> |
| <b>Marco Metodológico .....</b>                            | <b>51</b> |
| <b>Tipo de Investigación .....</b>                         | <b>51</b> |
| <b>Diseño de la Investigación .....</b>                    | <b>51</b> |
| <b>Población.....</b>                                      | <b>52</b> |
| <b>Muestra .....</b>                                       | <b>52</b> |
| <b>Técnica e Instrumento de Recolección de Datos .....</b> | <b>53</b> |
| <b>Validez.....</b>  | <b>53</b> |
| <b>Procesamiento y análisis de los datos. ....</b>         | <b>54</b> |
| <br>   |           |
| <b>CAPITULO IV .....</b>                                   | <b>55</b> |
| <b>Análisis e Intepretacion de los Resultados .....</b>    | <b>55</b> |
| <br>   |           |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>                                   | <b>65</b> |
| <br>   |           |
| <b>RECOMENDACIONES.....</b>                                | <b>67</b> |
| <br>   |           |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>                                   | <b>68</b> |
| <br>   |           |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>70</b> |

## INDICE DE CUADROS

| <b>Descripción</b>   | <b>P.</b> |
|--|-----------|
| 1 Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con los Conocimientos Básicos sobre los diversos tipos de niños con necesidades especiales que poseen los Estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo..... | 56        |
| 2 Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con los conocimientos sobre el abordaje de los niños con necesidades especiales que poseen los Estudiantes del 5to año de Odontología de la Universidad de Carabobo.....                           | 60        |
| 3 Distribución de frecuencia y porcentaje en relación al dominio que poseen los Estudiantes del 5to año en cuanto en Abordaje Odontológico de los Niños con Necesidades Especiales.....  | 64        |
| 4 Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con la experiencia obtenida por el estudiante del 5to año con respecto al empleo correcto de las técnicas de abordaje en la consulta odontológica.....   | 67        |

## INDICE DE GRAFICOS

| <b>Descripción</b>   | <b>P.</b> |
|--|-----------|
| 1 Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con los Conocimientos Básicos sobre los diversos tipos de niños con necesidades especiales que poseen los Estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo..... | 57        |
| 2 Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con los conocimientos sobre el abordaje de los niños con necesidades especiales que poseen los Estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.....            | 61        |
| 3 Distribución de frecuencia y porcentaje en relación al dominio que poseen los Estudiantes del 5to año en cuanto al Abordaje Odontológico de los Niños con Necesidades Especiales.....  | 65        |
| 4 Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con la experiencia obtenida por el estudiante del 5to año con respecto al empleo correcto de las técnicas de abordaje en la consulta odontológica.....   | 68        |

**CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS ESTUDIANTES DE 5º AÑO ACERCA DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO EN EL PERÍODO NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2005.**

Autores: Br.Glanel O.Cordero C.  
Br. Zonnali M. Cirucci J.

Tutor: Contenido: Mgs Milagro García  
Metodológico: Patricia Rafaschieri  
Marzo, 2006

**RESUMEN**

El objetivo de ésta investigación, fue evaluar el conocimiento que posee los estudiantes del 5to año de Odontología acerca de la atención odontológica en niños con necesidades especiales con la finalidad de determinar si el egresado esta preparado para atender a este tipo de pacientes, los cuales no deben ser excluidos de la atención odontológica por presentar una condición diferente, es decir, con características conductuales que difieren de un niño en condiciones normales; por lo cual el reforzamiento en las diferentes técnicas de abordaje permite al odontólogo lograr y mantener la colaboración del niño al tratamiento, a través de un proceso de enseñanza–aprendizaje, promoviendo en el niño una actitud positiva hacia la consulta. El tipo de investigación que se empleó fue descriptiva, y el diseño fue un estudio de campo, no experimental transeccional, en donde se utilizó una población de 160 estudiantes, de los cuales se tomó una muestra al azar simple del 30% de la población, a los cuales se les aplicó una prueba objetiva. De esta investigación los resultados mas relevantes fueron representados por un 96% de los estudiantes de la muestra los cuales poseen conocimientos básicos en relación al autismo, seguido de un 94% del retardo mental; en cuanto al abordaje y empleo de las técnicas de adaptación en los niños con necesidades especiales un 92% de los estudiantes demostró tener dominio del trastorno auditivo mientras que un 87% señalo de manera correcta el abordaje odontológico de niños con trastornos visuales.

Palabra Clave: Necesidades Especiales.

## INTRODUCCIÓN

La salud bucodental, es una condición de bienestar y armonía oral, el cual influye en la nutrición, pronunciación (modulación correcta de las palabras) y estética del individuo, autoestima; la cual, conlleva a una mejoría en su tránsito por la vida y sus acciones y efectos, que evidentemente trascenderá al hogar, a la familia, a la colectividad; en forma tal, de aportar “calidad de vida” y que los beneficiaran plenamente; por lo que, los niños con necesidades especiales no deben ser excluidos en la atención en salud oral por poseer una condición diferente.

La odontología, no debe quedar al margen. Una salud oral y dental apropiada repercute favorablemente en la calidad de vida de la persona con necesidades especiales ya que le facilita su alimentación, le evita molestias, mejora su aspecto físico, permite mejor articulación de las palabras y, en consecuencia, mejora su adaptación a la sociedad.

Las personas con necesidades especiales son aquellos niños, jóvenes y adultos que se encuentran médicamente comprometidos y también las personas con discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales y con problemas del comportamiento.

En la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, son los estudiantes del 5to año los que emprenden esta maravillosa actividad al tratar a través de técnicas conductuales a cada uno de los niños, sin que se vea afectado su rendimiento práctico académico, es una de las tareas mas difíciles, ya que, no son pacientes con condiciones normales, por lo tanto, su abordaje debe ser un tema bien conocido para valerse de experiencias y no temer al atender a este tipo de pacientes, ya sea por la inseguridad, desconocimiento e inexperiencia que presentan al momento del empleo de las diversas técnicas de adaptación. El éxito del tratamiento odontológico en el

niño depende no sólo de la destreza técnica del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del niño. Es por ello, que se plantea el conocimiento que poseen los estudiantes de 5º año acerca de la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales que acuden al área de odontopediatría de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo en el período noviembre-diciembre 2005, para así evitar posibles fallas al momento del tratamiento.

El presente trabajo está constituido por cuatro capítulos. El primero, titulado el problema, describe la situación actual y deseado, las razones que justifican la investigación, el objetivo general y los específicos. El segundo capítulo, titulado marco teórico, se exponen los antecedentes y fundamentos teóricos. En el tercer capítulo, se presenta la metodología empleada para el logro de cada uno de los objetivos específicos. En el cuarto capítulo se colocó la presentación y análisis de los resultados, y por último se muestran las conclusiones, recomendaciones y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

El presente Capítulo expone de forma clara, precisa y completa la naturaleza y magnitud del problema ha desarrollar. Para tal fin, se establecen una serie de pautas para esquematizar el mismo tales como: el Planteamiento del Problema, los Objetivos Generales y Específicos y por ultimo la Justificación de dicho problema.

#### **Planteamiento del Problema**

El manejo de niños con necesidades especiales día a día va cobrando más interés en la población de profesionales de la salud, en lo referente a Odontología existen profesionales interesados de manera individual, pero aún a nivel institucional dista mucho de lo deseado pues no se ha captado el problema que representa la atención a niños con necesidades especiales.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2001), expone que:

Dos terceras partes de la población portadora de deficiencias no recibe atención buco dental alguna y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación odontológica. (p. 2)

Lo planteado anteriormente puede inferir que la falta de integración del niño con necesidades especiales a la consulta odontológica podría ser: por una apatía por parte de los padres y/o cuidador ante ésta atención ya que dichos servicios para esta población han sido omitidos de los programas de salud; por otro lado la descoordinación entre médicos y odontólogos para proporcionarle un estado de salud integral; así mismo existe poca información sobre las necesidades del paciente en el área odontológica.

Por su parte, la Asociación Latinoamericana de Odontología para Pacientes Especiales (A.L.A.O.P.E.) (2001), ha señalado que:

Existe similitud en esta problemática a nivel de toda la Región por lo cual se hace necesario que los profesionales encargados de la Salud Bucal, incorporen en su formación y asuman en su práctica profesional una actitud proclive a desarrollar planes de trabajo para la atención odontológica de los Pacientes Especiales.  
(p. 1)

Para los odontólogos un niño con necesidades especiales es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de los patrones normales característicos de un individuo sano, bien sea de orden físico, mental o sensorial, así como también de comportamiento, cabe destacar que en estos pacientes para su atención odontológica exige por parte del Odontólogo maniobras, conceptos, equipamiento y personal de ayuda especial, con capacidad de satisfacer las necesidades que estos generan, escapando de los programas y rutinas estándares que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud buco dental de la población en general.

En muchas ocasiones estos pacientes con necesidades especiales se atienden de una forma superficial sin llegar a profundizar en la dolencia específica por la cual acude a la consulta, ya que muchos profesionales de la Odontología consideran el tema de pacientes con necesidades especiales como una complejidad que solo debe

ser atendida por especialistas, lo que ocasiona que esta población sea desatendida y no logre brindarse una atención oportuna.

Es por ello que la odontología, no puede entenderse sin que sean tomados en cuenta éste tipo de pacientes, y de que no es un adulto pequeño sino un individuo que está en proceso de maduración y crecimiento físico, mental, emocional y social el cual, deben ser atendidos por profesionales con conocimiento en el manejo de las áreas física y psíquica, con el apoyo de un equipo multidisciplinario tales como: Pediatra, Psicólogo, Odontólogo etc. donde todas las pautas de su atención están cubiertas.

Por su parte Ravaglia (2001) señala que:

El " no se puede atender " denota por parte del odontólogo en forma inequívoca, la ignorancia de como hacerlo o el temor a improvisar por lo menos un camino de solución al problema. De ahí que cuando se reciba a un paciente portador de una discapacidad, cualquiera que sea ésta, es necesario tener como premisa que debe intentarse algo, que siempre va ser mucho frente a lo poco o nada que habitualmente se le hace. Luego, mediante la correspondiente derivación o deseo de profundizar el tema se completará la tarea. (p. 3)

La labor del profesional de la salud se fomenta en la medida que actúan todos los sectores de las ciencias médicas logrando un enfoque integral en el diagnóstico y tratamiento del proceso salud-enfermedad; por lo cual, el odontólogo debe tener un conocimiento activo de la psicología y mucha experiencia práctica que le permitan tratar las ansiedades del individuo normal en las consultas, para así atender al paciente con necesidades especiales, en el cual éstas ansiedades suelen ser mayores.

Ravaglia (2001) señala que:

Estas necesidades pueden ser ocasionadas a una incapacidad para comunicarse o a un impedimento físico, las reacciones del niño con necesidad especial ante la situación odontológica suelen ser distintas a las de un paciente normal. Si el odontólogo no está preparado para atender éstas 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. Para disminuir la posibilidad de este cuadro, el profesional debe estar familiarizado con las características comunes del niño con necesidad especial y poseer información específica de cada paciente en particular. (p. 2)

Los factores importantes para el manejo de un paciente con necesidades especiales 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, por lo que: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas son dos razones básicas para ello.

Por tales motivo y para darles el debido tratamiento, se comienza a poner en práctica diferentes maneras de limitación o contención que van desde la manual, efectuada por la mamá o la asistente pasando por la auto contención del paciente, la realizada por medio de adiestramientos simples de fijación al sillón dental interfiriendo movimientos que obligan a utilizar las manos y terminando en la llamada contención química por medio de sedantes indicados por el médico tratante del paciente y la anestesia general, siendo considerada esta ultima como la solución milagrosa, olvidando los problemas que conllevan asociados cuando no se estudian a

fondo las posibilidades o conveniencia de su aplicación, en función de necesidad para el paciente y no como comodidad del odontólogo o de los padres del niño.

Al analizar dicha situación, Ravaglia (2001) expone lo siguiente:

Está demostrado que llegan a 6 o 7 los que deben ser sometidos a esa terapia de cada 100 pacientes con necesidades especiales, estando dada la indicación o conveniencia muchas veces en razones de lejanía con la residencia habitual o indicaciones de orden médico, donde en una sola sesión es conveniente hacer todo el tratamiento. (p. 2)

El odontólogo debe ser capaz de evaluar las necesidades, manejar clínicamente al paciente con necesidades especiales y tener éxito en el tratamiento; todo esto, abarcando el conocimiento de la situación del paciente en cuanto a salud general y bucal; comprensión de las implicaciones sobre su futuro estilo de vida y expectativas; así como también el estudio del pronóstico de la dentición del niño evaluando la dieta, higiene, historial odontológico y la necesidad que tiene éste de poseer una dentición funcional y estética.

Lo expuesto es de suma importancia para el ejercicio de la Odontología; sin embargo la Facultad de Odontología del Estado Carabobo trata estos conceptos de manera somera, a nivel de pre-grado y los egresados de ésta área, por lo general, tienen poco conocimiento, actitud o destreza para el abordaje del tratamiento para niños con necesidades especiales, conducente a una negatividad para proveer la atención requerida.

El desconocimiento de los problemas buco dentales de los pacientes con necesidades especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como las del profesional, crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención.

Según Pinkham, J. (citado en Braham. R. y Morris, M., 1989) define al niño con necesidades especiales como aquel cuya evolución psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por un problema físico o mental o ambos. Las discapacitaciones imponen un compromiso que pueden variar de muy leves a extremadamente severos. Nowak dividió las condiciones discapacitantes en nueve categorías amplias que incluyen discapacidad física, retardo mental, defectos congénitos, trastornos metabólicos y generales, convulsiones, autismo infantil, ceguera, sordera, hemofilia y neoplasias. (p. 561)

La salud bucodental, es una condición de bienestar y armonía oral, en el que influye importantemente la nutrición, pronunciación (modulación correcta de las palabras), estética del individuo y autoestima; la cual, conlleva a una mejoría en su tránsito por la vida y sus acciones y efectos, que evidentemente trascenderá al hogar, a la familia, a la colectividad; en forma tal, de aportar calidad de vida y que le beneficien plenamente.

Por lo antes expuesto; se plantea la siguiente interrogante: ¿Poseen conocimiento los estudiantes del 5to año acerca de la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales que acuden al área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Determinar el conocimiento que poseen los estudiantes de 5° año acerca de la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales (retardo mental, síndrome de Down, parálisis cerebral, trastornos auditivos y visuales, y autismo) que acuden al área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el período Noviembre-Diciembre 2005.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los conocimientos que poseen los estudiantes de 5to año sobre las diversos tipos de niños con necesidades especiales. (retardo mental, síndrome de down, parálisis cerebral, trastornos visuales y auditivos y autismo)
- Identificar los conocimientos que poseen los estudiantes de 5to año sobre el abordaje odontológico de los diversos niños con necesidades especiales. (retardo mental, síndrome de down, parálisis cerebral, trastornos visuales y auditivos y autismo)
- Determinar el dominio que poseen los estudiantes del 5to año sobre el abordaje del niño con necesidades especiales a la consulta odontológica.
- Determinar la experiencia obtenida por parte del estudiante del 5to año, en cuanto al empleo correcto de las técnicas de adaptación en la consulta odontológica.

## **Justificación**

El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes con necesidades especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como el profesional, crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención odontológica. En los últimos años se han ido observando todas las complicaciones dentales que puede sufrir un niño con necesidades especiales, siendo cuando se ha logrado una gran variedad de avances odontológicos influyendo positivamente en la atención de estos individuos que poco a poco ha servido a la asesoría de sus familiares.

La razón de ser de la presente investigación radica en el impacto social que representa la atención de pacientes con necesidades especiales en el ejercicio de la odontopediatría y la obligatoriedad que su función encierra para todo odontólogo en formación, ya que cada día son mayores las exigencias de incorporar estos pacientes a la vida común, sin ser excluidos de la sociedad a la cual pertenecen, para lo cual, se debe empezar por darle la importancia que requiere el cuidado y la atención de sus dientes y el sistema estomatognático en general

Por otra parte, entender a estos pacientes pueden ayudar al odontólogo a brindar buena atención en el consultorio una vez que éste se familiarice con la historia clínica del paciente y tome precauciones necesarias ya que no se requiere de un odontólogo especialista para solventar casos simples en niños con necesidades especiales; y el no poder atenderlos se infiere que por parte del odontólogo existe una forma inequívoca, ignorancia o temor a improvisar por lo menos un camino de solución al problema.

De ahí que cuando se reciba a un paciente con necesidades especiales, cualquiera que sea ésta, es necesario tener conocimientos adecuados para así, hacer frente a lo poco o nada que habitualmente se le hace; y si hay que profundizar en algún tratamiento con la correspondiente derivación se completará la tarea.

Para brindar una atención Odontológica oportuna, eficaz, segura y libre de riesgos a estos pacientes, el Odontólogo, debe tener conocimiento y estar actualizado, ante esta situación es conveniente que se realicen investigaciones con tendencia a considerar como se esta efectuando la atención Odontológica en los pacientes con necesidades especiales, y si existe o no una relación entre el aspecto cognoscitivo y la practica que efectúa el Odontólogo en dichos pacientes

Todo esto conlleva a un aporte de gran interés, el cual se va a irradiar en el orden social a través de servicios públicos, asistenciales y privados ya que es un requisito para todo profesional de la odontología evaluar, diagnosticar y asisv tir clínicamente a un paciente con necesidades especiales.

Por ultimo, los resultados de esta investigación permitirán fortalecer la integración Estudiante-Asistencia-Investigación Alternativa para estar actualizado con la realidad social y de esta forma responder a las necesidades de la población venezolana entre las que se podrían mencionar la promoción de la Salud Bucal como estrategia en la prevención de enfermedades odontológicas en los niños con necesidades especiales; proporcionando además con esta investigación la propagación de una conciencia y formación de un control odontológico mas integral enfocado en los niños con necesidades especiales y así determinar si se requiere una mejor preparación de los odontólogos de la practica general, ya que son ellos los que atienden a estos niños; y así servir de material de apoyo actualizado para que los estudiantes de la Facultad de Odontología tanto de pre-grado como de post-grado, egresados y la comunidad en general, tengan la oportunidad de emplear este trabajo para fines educativos y practico-odontológico que les permitan la atención e incorporación adecuada de los niños con necesidades especiales a la consulta odontológica.

## CAPITULO II

En el siguiente Capítulo se enfocará en primer lugar los antecedentes del problema donde entrará en juego la capacidad investigadora del grupo de trabajo condensando todo lo relacionado a lo que se ha escrito y desarrollado sobre el objeto de investigación, posteriormente se hará referencia a las bases teóricas donde se podrá evidenciar la estrecha relación entre teoría, el proceso de investigación y la realidad (el entorno), ya que la investigación puede iniciar una teoría nueva, reformar una existente o simplemente definir con más claridad, conceptos o variables ya existentes. Así mismo se elaborará el sistema de variables para luego operacionalizarla, para así dar una solución específica al problema.

### **Antecedentes**

En el líneas generales no se han encontrado trabajos de investigación enfocados en el conocimiento de lo estudiantes de 5to año acerca de la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales (retardo mental, síndrome de Down, parálisis cerebral, trastornos auditivos y visuales, y autismo) que acuden al área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología; más sin embargo se han encontrado trabajos que hacen referencia a las patologías en estudio, ya que tratan sobre el niño con síndrome de Down y su entorno familiar, siendo esto de suma importancia para la integración de estos niños a la sociedad ya que es la familia la que inculca los hábitos de vida en el infante. En primer lugar se encuentra el trabajo de pre-grado realizado por Hernández Olivares y Nahir (1994), titulado: “*La Interrelación Familiar del niño con Síndrome de Down*”. Realizada en 10 profesionales con experiencia en este campo, concluyeron que el síndrome de Down tiene como característica relevante el

retardo mental presentándose además en esta persona características físicas, psicológicas y sociales que los diferencian de otras personas sean estas “normales” o con otra problemática.

Según los datos arrojados por las encuestas realizada a los 10 especialistas hallaron que la interrelación familiar del niño con Síndrome de Down se encuentra comprometida, apreciándose así que el nivel mas afectado dentro de esta interrelación es el de la aceptación, estando ubicado este compromiso en el grado de las fallas; por otra parte se expone que la interrelación con la figura paterna presenta la misma problemática de la no aceptación así como el del abandono del hogar por parte de este, en cuanto a la figura materna se aprecio que esta termina aceptando a su hijo tal como es, mientras que a los hermanos se les facilita adaptarse y aceptar la condición del niño, sin descartar que estos también van a depender como los padres afronten la situación. Por otra parte se expone que los padres requieren de la orientación del profesional para lograr en ellos el mejor y mayor manejo de estos niños y explotar al máximo sus potencialidades.

Por su parte Latouche y Oropeza (1994), en su investigación titulada: *“El Individuo con Síndrome de Down y su Interrelación con la comunidad”*. Investigación realizada a los 10 profesionales expertos en la materia residenciados en la ciudad de Valencia Estado Carabobo. Los especialistas plantearon que la interrelación con la comunidad del individuo con Síndrome de Down presenta compromisos debido al poco conocimiento sobre este síndrome, por estas causas los encuestados dirigieron los compromisos a la aceptación, encontrándose afectada la imagen valorizada, la pertenencia y en menor grado los vínculos, además se concluyó que las comunidades no se encuentran dotadas de servicios y recursos para atender las características particulares de ellos. En otro sentido, encontraron que los individuos

con Síndrome de Down presentan actitudes de aislamiento y de timidez, en el campo laboral, en los espacios de recreación, servicios públicos y en la educación se evidencia su manejo deficiente. A su vez los especialistas señalaron que los más idóneos para la integración del individuo con Síndrome de Down es un equipo multidisciplinario, puesto que el mismo es el más capacitado para la integración de esta población, es por ello, que se requiere de programas diseñados para la integración de este síndrome a la comunidad.

Cabe destacar que los trabajos de investigación señalados anteriormente indican la relevancia de la familia para lograr el mejor manejo de los niños con síndrome de Down, ya que es la familia el primer componente de la sociedad que debe aceptar la condición de estos niños para explotar al máximo sus potencialidades e integrarlo a un equipo multifacético en los espacios de recreación, servicios públicos y educación a fin de incorporar este síndrome a la comunidad.

En el ámbito local, después de haber realizado una minuciosa revisión en trabajos de grado de la Universidad de Carabobo, se encontraron algunos antecedentes relacionados, con el conocimiento que poseen los estudiantes de 5to año sobre la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales que acuden al área de Odontopediatria de la Facultad de Odontología. Entre estos trabajos se han seleccionado los más similares:

En primer lugar, el trabajo de pre-grado realizado por Gonzáles y Granella (2001), titulado: *“Manejo del niño con trastorno del neurodesarrollo (autismo) en el consultorio odontológico”*. El propósito de este trabajo fue brindar una guía que oriente en la atención odontopediátrica de los niños autistas, contribuir a investigaciones posteriores y proporcionar un aporte a los profesionales de esta área que a su vez beneficie a estos individuos durante la consulta odontológica. En este

sentido el objetivo de esta investigación es explicar el manejo de niños autistas en el consultorio odontológico, siendo la metodología de ésta de tipo documental que consistió en un acopio de información y permitió llevar a cabo los objetivos propuestos.

El desarrollo de la investigación se estructuró en cinco capítulos; el primero, se explicó el autismo como un síndrome de disfunción neurológica, en el siguiente se explicó la sintomatología clínica, luego se describió la epidemiología, en el cuarto capítulo se explicaron las técnicas de abordaje en el tratamiento de estos niños en la consulta odontológica. Y finalmente se compararon las técnicas de abordaje de niños autistas en el consultorio odontológico utilizados en Venezuela con las empleadas en España. Este trabajo está sustentado por fuentes documentales actualizadas y por la asesoría de especialistas en el área, como neurólogos, odontopediatras y psicopedagogos. Es importante señalar, que no existen fuentes documentales sobre el manejo de niños autistas en el consultorio odontológico, por lo tanto, las autoras hicieron una adaptación de las técnicas psicoeducativas y conductuales a las técnicas que debe utilizar el odontólogo para el abordaje de los pacientes autistas.

Por otra parte, Gallegos y Pestano (2001), realizaron un trabajo de investigación de pregrado titulado: *“La enfermedad periodontal en los niños con síndrome de Down”*. Esta investigación tuvo el propósito de analizar los factores que intervienen en la enfermedad periodontal en los niños con Síndrome de Down, teniendo como finalidad la inquietud que se tiene sobre el alto índice de esta enfermedad en los niños excepcionales. El objetivo general de esta investigación fue describir las enfermedades periodontales en los niños con Síndrome de Down. La investigación fue de tipo documental y estructurada en tres capítulos: Capítulo I, se establecieron los tipos y el grado de avance de la enfermedad periodontal en los niños con Síndrome de Down; en el Capítulo II, se señalan los factores que inciden en el alto índice de la enfermedad periodontal en los niños con Síndrome de Down, y en el Capítulo III, se analizó sobre los últimos avances en Venezuela como en otros países

relacionados con este tema. Con este trabajo se pretende lograr que este pequeño esfuerzo pueda ser utilizado por otros investigadores, para la búsqueda de soluciones para el problema de la enfermedad periodontal, que padece la mayoría de los niños con Síndrome de Down a nivel nacional, orientada hacia la parte preventiva y curativa en la etapa temprana.

En el mismo orden de ideas, Briceño y Colmenarez (2001), en su trabajo de pregrado titulado: “*Atención odontológica integral en pacientes niños con retardo mental*”. Esta investigación de tipo bibliográfica tuvo como objetivo principal describir la Atención Odontológica Integral en Niños con Retardo Mental”. El Retardo Mental se refiere al funcionamiento intelectual menor que el normal, coexistiendo con deficiencia en el comportamiento adaptativo.

El niño retardado se encuentra en una situación de marginalidad en cuanto a su atención odontológica, ya que, carecen de los beneficios del tratamiento, debido a que los Odontólogos no cuentan con la preparación y técnicas adecuadas para hacerlo, por esto ellos sienten miedo y repulsión ante este tipo de pacientes, buscando así una solución fácil y rápida, dirigido a erradicar el dolor de las unidades dentarias, mediante la extracción dentaria utilizando medios de restricción física acompañados de premedicación, tratamiento este traumatizante, doloroso y mutilador.

Esta desasistencia en el tratamiento trae consigo la instalación y progreso de enfermedades bucales graves, produciendo una pérdida innecesaria de unidades dentarias toda esta situación crea tanto en el paciente como en sus padres o representantes temor hacia un tratamiento odontológico. Por esto se recomienda la utilización de técnicas psicoeducativas y técnicas de atención odontológica permitiendo al paciente actuar como miembro activo y protagonista en el proceso de

atención. La aplicación de estas técnicas permite la disminución del índice de morbi-mortalidad dentaria.

Se ha llegado a la conclusión que el Odontólogo siguiendo un patrón de Atención Odontológica Integral basado en dichas técnicas podría erradicar el descuido y falta de atención de estos niños, mejorar tanto la salud bucal como general y prevenir el surgimiento de otros trastornos, además de mejorar la calidad de vida de estos individuos que aparte de su problema de retardo mental son tan humanos como cualquier otro.

No obstante, Giunta y Gómez (2001), en su trabajo de pregrado titulado: *“Adaptación del niño a la consulta odontológica”*. Esta investigación tuvo el propósito de analizar los principales factores que intervienen en el momento en que el niño asiste a la consulta odontológica, teniendo como finalidad facilitar la adaptación del niño a la consulta, mediante el conocimiento de las principales conductas, comportamientos emociones y aptitudes del niño, así como el conocer el rol de los padres para el éxito o fracaso de la consulta odontológica. El objetivo general de ésta investigación fue analizar los factores que intervienen para lograr la adaptación del niño a la consulta odontológica.

La investigación fue de tipo documental, y fue estructurada en cuatro capítulos, de los cuales en el capítulo I se describieron las principales conductas de los niños, entre las cuales se citan los miedosos, tímidos, rebeldes y consentidos. En el capítulo II se habló del papel de los padres en el logro de la adaptación, y la influencia de su carácter y comportamiento dentro de la misma; resaltando que los ideales son los tipos de padres colaboradores. En el capítulo III se describen las principales técnicas de abordaje clínico y psicológico, en donde se destaca la técnica decir-mostrar- hacer; y por último en el capítulo IV se analizó en forma comparativa a Venezuela con otros países, en materia de actualidad sobre este tema.

Con éste trabajo se concluyó que la clasificación del comportamiento del paciente, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar son importantes para definir que tipo de manejo del comportamiento se le dará al paciente odontopediátrico.

Por ultimo, Muñoz (2001), en su trabajo de pregrado titulado: *“Atención psicopedagógica al niño con retraso mental durante la consulta odontológica”*. El presente estudio proporcionó información sobre, los procedimientos de atención odontológica, aplicado a los individuos con necesidad especial, que resulta al determinar sistemáticamente los parámetros derivados de la condición de salud-enfermedad general y buco-maxilo facial por un lado, y su condición psico socio educativo por el otro, a través del cual se logra la aplicación adecuada del tratamiento requerido de acuerdo a las características que presenta cada uno de ellos. Este tipo de educación va dirigida a satisfacer las necesidades de la población excepcional, en este caso el niño con retraso mental este tiene como meta final la integración social del individuo.

Estos parámetros constituyen las premisas básicas de la técnica psicoeducativa para ser aplicado cualquier técnica odontológica de forma adecuada y efectiva necesaria para emplear un tratamiento odontológico integral. Este tipo de investigación es de tipo documental dando a conocer investigaciones tanto nacionales como internacionales las cuales dan una mayor orientación al personal docente y estudiantil acerca del tratamiento del niño con retraso mental. Se establecieron conclusiones que permiten determinar el procedimiento de comunicación efectiva para lograr aplicar la técnica de abordaje y tratamiento odontológico más adecuado a dicha condición.

## **BASES TEÓRICAS**

### **Definición del Niño con Necesidades Especiales:**

Pinkham, J., (citado en Braham, R. y Morris, M., 1989) define al discapacitado como aquel cuya evolución psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por un problema físico o mental o ambos. Las discapacitaciones imponen un compromiso que pueden variar de muy leves a extremadamente severos. Nowak dividió las condiciones discapacitantes en nueve categorías amplias que incluyen discapacidad física, retardo mental, defectos congénitos, trastornos metabólicos y generales, convulsiones, autismo infantil, ceguera, sordera, hemofilia y neoplasias. (p. 561)

### **Retraso Mental:**

Weddell, J. Wash, B. Jones, J. Lynch, T. (citado en Mcdonald, 1990) definen el retraso mental como una denominación general aplicado a personas cuyo desarrollo intelectual es significativamente mas bajo que el de las personas normales y cuya capacidad para adaptarse a su ambiente es, en consecuencia, limitada.

La clasificación del retraso mental se basa en el coeficiente intelectual: leve CI (coeficiente intelectual) de 67-52 bajo el promedio del test de Stanford-Binet (SB), moderado de 51-36 y severo 35 o más.

Un niño levemente retrasado es aquel que, a causa de su baja inteligencia, no puede obtener plenos beneficios de la educación regular o común. Los programas educativos para esos niños por lo general son versiones simplificadas de programas escolares comunes y habitualmente llevan al aprendizaje de la lectoescritura y a adquirir las habilidades necesarias para ser empleadas. La mayoría de los niños de

este grupo, que son aproximadamente el 80% de todas las personas retrasadas mentales, funcionarán aceptablemente como adulto.

Los niños capaces de recibir cierta educación e independencia parcial, pero de los que no se espera que alcancen plena independencia como adulto, se clasifican como retrasados mentales moderados, los programas educacionales para estos niños conocidos como retrasados mentales entrenables (RME) se centran por lo general en las destrezas básicas. Las aulas por lo general se decoran y amueblan como hogares y el currículum incluye arreglo personal, peinado y vestido, cocina, servicio de mesa, alimentación e higiene. Se confía en que estas personas serán capaces de cuidar de sus propias necesidades mientras viven en ambientes usualmente protegidos con personal entrenado que lo ayudaran en los problemas que no sean capaces de resolver por si mismo. (p. 565-567)

Un niño retrasado grave o profundo por lo general no podrá ser entrenado y requiere supervisión constante por parte del personal de apoyo entrenado. Estas personas a menudo están confinadas en instituciones a causa de sus necesidades especiales. En los últimos años se ha iniciado programas en muchas instituciones para facilitar la adquisición del lenguaje a niños con CI de 35 o menos. Muchos de los que anteriormente estaban mudos o se comunicaban solo con gruñidos que están adquiriendo ahora sus primeras aproximaciones a las palabras. También su comportamiento social ha mostrado mejoría. (Ob. cit, p. 568-569)

### ***Características Conductuales en pacientes con Retraso Mental:***

El retraso mental leve según el test de inteligencia de Stanford- Binet posee el valor de 67- 52 y según la escala de la inteligencia de Wechler para niños es de 69-55 estos niños se consideran educables, y mentalmente retrasado, en cuanto a su comunicación son capaces de hablar lo suficientemente bien. (Ob. cit )

Los niños con retraso moderado según el test de inteligencia de Stanford- Binet posee el valor de 51-36 y según la escala de la inteligencia de Wechler para niños es de 54-40 este grupo se considera entrenable, mentalmente retrasado, vocabulario y lenguaje tales que el niño pueda comunicarse con otros a nivel básico. (Ob. cit )

De grave a profundo según el test de inteligencia de Stanford- Binet posee el valor de 35 o menos y según la escala de la inteligencia de Wechler para niños es de 39 o menos se considera niños no entrenables, son mudos o se comunica solo con gruñidos; con poco o con ninguna capacidad de comunicación. (Ob. cit )

#### *Abordaje Odontológico en niños con Retraso Mental:*

Los pacientes con retraso mental en tratamiento odontológico se caracterizan por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática.

Weddell, J. Vash, B. Jones, J. Lynch, T. (citado en Mcdonald, 1990) señalan los siguientes procedimientos para la atención odontológica en pacientes con retraso mental:

- a) En paciente con retraso mental leve se debe tratar como un niño normal; puede ser beneficiosa una leve sedación o analgesia con óxido nitroso-oxígeno.
- b) Pacientes moderado la sedación leve a moderada puede ser beneficiosa; las contenciones y refuerzos positivos; puede estar indicada la anestesia general en casos de caries generalizadas y severas, tratamiento que también se aplica a los paciente graves o profundo retraso mental.
- c) De un pequeño paseo en el consultorio antes de intentar el tratamiento. Presente el paciente al personal del equipo asistencial. Esto familiarizará al

paciente con el personal y con el diseño del consultorio y reduce el temor a los “desconocido”.

- d) Hable con lentitud y con términos sencillos. Asegúrese que sus explicaciones son comprendidos preguntando a los pacientes si tiene alguna pregunta que formular.
- e) De solo una instrucción por vez. Premie el paciente con felicitaciones luego de la terminación feliz de cada procedimiento.
- f) Escuche atentamente al paciente las personas retrasada a menudo tienen trastornos en su comunicación y el odontólogo debe ser particularmente sensible a los gestos y pedidos verbales.
- g) Haga sesiones cortas. Avance gradualmente hacia procedimientos más difíciles (anestesia y restauración) después que el paciente se halla acostumbrado al ambiente del consultorio.
- h) Programe la atención del paciente para horas tempranas del día, cuando el odontólogo, su equipo asistencial y el paciente estará menos fatigados. (p. 568-569)

### **Síndrome de Down:**

Pinkham, J., (citado en Braham, R. y Morris, M., 1989) define un síndrome como un grupo o conjunto de síntomas concurrentes. El síndrome de Down representa uno de los más comunes resultantes de la aberración cromosómica, correspondiendo la mayoría a la trisomía 21. (p. 564)

#### *Características Generales en pacientes con Síndrome de Down:*

Weddell, J., Vash, B., Jones, J., Lynch, T. (citado en McDonald, 1990) señala las siguientes características:

*Voz:* la mucosa es engrosada y fibrosa, la laringe parece estar situada más allá de lo habitual; la voz es gutural y su articulación difícil.

*Nariz:* suele ser ancha y rectangular; el dorso se presenta aplanado debido a una escasa formación de los huesos nasales.

*Ojos:* presentan un pliegue de la piel en la esquina interna de los ojos (llamado epicanto).

*Orejas:* tienen una configuración extraña, están poco desarrolladas, a veces son pequeñas y su borde superior se encuentra con frecuencia plegado, los conductos auditivos son estrechos.

*Cuello:* suele ser corto y ancho.

*Estatura y desarrollo óseo:* sigue un ritmo normal hasta la pubertad y posteriormente la estatura permanece detenida a unos centímetros por debajo de la normalidad. Su pecho tiene una forma peculiar: el esternón puede sobresalir o presentar una depresión, en el niño con dilatación de corazón, el pecho puede aparecer más lleno en ese lugar.

*Cráneo:* es pequeño, su parte posterior está ligeramente achatada, las zonas blandas del cráneo son más amplias y tardan más en cerrarse. En la línea media, donde confluyen los huesos hay frecuentemente una zona blanda adicional, algunos presentan áreas que le falta el cabello.

*Extremidades:* tiene por lo general un aspecto normal, sus brazos y piernas son cortos en relación con el resto del cuerpo, su crecimiento general está atrofiado.

*Manos:* en las palmas de las manos muestran un único pliegue transversal, con dedos cortos que se curvan hacia adentro.

*Pies:* las plantas de los pies presentan un pliegue desde el talón hasta los dos primeros dedos, la separación entre el primer y el segundo dedo es superior a lo normal.

*Piel:* generalmente se seca y se agrieta con facilidad.

En muchos casos presentan cardiopatías congénitas en un 40% aproximadamente, problemas en el tracto digestivo en un 3 o 4%. Con cierta frecuencia tienen deficiencias auditivas, miopía, cataratas congénitas y tienden a desarrollar leucemia.

Su desarrollo sexual aparece bastante tarde y puede quedar incompleto en lo que se refiere a órganos reproductores. Los varones tienen menor secreción hormonal, genitales pequeños y esta generalmente admitido que son estériles. En las mujeres la menstruación suele ser normal y se dan casos de madres Down, cuyos hijos son normales en un 50% de los casos conocidos.

Son muy sensibles a las infecciones, localizadas preferentemente en oídos, ojos y vías respiratorias. El coeficiente de inteligencia varía desde 20 hasta 60 esto se logra por medio de un test y es siempre relativo (un inteligencia media es de 100), pero con procedimientos educativos específicos algunos enfermos consiguen desarrollar más su capacidad de inteligencia. (p. 573).

#### *Características Bucales en pacientes con Síndrome de Down:*

El niño con síndrome de Down presenta a menudo un maxilar superior pequeño que genera diversas situaciones bucales y dentarias. La lengua puede protruir realmente o aparentemente y la boca suele estar abierta. Las desarmonías oclusales

acompañan esta observación. Es común la oclusión mesial. Los dientes son pequeños y la cantidad de irregularidades dentarias es más frecuente que en las poblaciones normales. La prevalencia de enfermedad periodontal en estos pacientes es severa. Sin embargo, se ha visto que la incidencia de caries es menor que la hallada en poblaciones normales. Es común hallar una lengua fisurada con una incidencia 50% superior a la población normal. También se observa macroglosia, si bien la lengua en la mayoría de las instancias es de tamaño normal.

*Abordaje Odontológico en niños con Síndrome de Down:*

Los siguientes procedimientos han sido efectivos para establecer la relación odontólogo-paciente y reducir la ansiedad de éste respecto a la atención odontológica:

- a) Dar breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice con el diseño y mobiliario, así reducir el temor a lo desconocido.
- b) Hablar lentamente y con términos sencillos. Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el paciente.
- c) Dar solo una instrucción a la vez. Felicitar al paciente luego de haber finalizado exitosamente una acción.
- d) Escuchar cuidadosamente al paciente. Los individuos retardados suelen tener problemas de comunicación.
- e) Mantener sesiones cortas. Progresar gradualmente a procedimientos más difíciles, luego que el paciente se haya familiarizado con el ambiente odontológico.
- f) Citar a los pacientes discapacitados a primeras horas del día, cuando tanto odontólogo como paciente se encuentran menos fatigados, tanto física como mentalmente. (Ob. cit)

## **Parálisis Cerebral:**

Pinkham, J., (citado en Braham, R. y Morris, M., 1989) define la parálisis cerebral como un termino general que describe un grupos de trastornos no progresivos de los centros y vías motoras del cerebro. El paciente con parálisis cerebral se caracteriza por debilidad, parálisis, mala coordinación y otros compromisos de la función muscular. También puede existir retardo mental, ataques y otros trastornos emocionales. Las manifestaciones de la afección se originan antes que el sistema nervioso alcance la madurez.

Los diferentes tipos de parálisis cerebral pueden ser identificados y definidos de acuerdo con el tipo de actividad motriz manifestada, específicamente, espasticidad, atetosis, ataxia, temblores, atonía y mixtos.

- a) Espasticidad: Esta forma corresponde a más de la mitad de los pacientes con parálisis cerebral, estos pacientes tiene un tono muscular incrementado que causa una contracción excesiva del músculo estriado.
- b) Atetosis: Constituye el segundo tipo mas común de parálisis cerebral. El paciente portador de esta patología exhibe movimientos aleatorios incontrolables de las extremidades, cuerpo y cara.
- c) Rigidez: Esta pauta se caracteriza por una actividad motriz muy limitada, particularmente en las extremidades. La rigidez es causada por la actividad de los músculos antagonistas de los que se contraen al intentar un movimiento voluntario.
- d) Ataxia: El paciente exhibe poco equilibrio, mala postura y falta general de coordinación de la actividad muscular.
- e) Temblores: Forma en la cual el paciente muestra movimientos voluntarios de las extremidades, cuerpo, cuello y cabeza.
- f) Atonía: Forma tipificada por el pobre tono muscular y capacidad muscular comprometida.

- g) Mixtos: Se aplica este término a los casos en que hay una gama de manifestaciones de mala función motriz, de modo que se observa una superposición de los tipos antes mencionados.

También se puede describir la parálisis cerebral y clasificarla de acuerdo con la parte del cuerpo afectada. Se emplean comúnmente cuatro términos:

- a) Cuadriplejía: Involucración de los cuatro miembros.
- b) Hemiplejía: Involucración de una mitad del cuerpo.
- c) Paraplejía: Involucración de las piernas.
- d) Monoplejía: Involucración de un solo miembro.

*Características Generales en pacientes con Parálisis Cerebral:*

- a) Hipotonía.
- b) Hipertonía.
- c) Retardo mental.
- d) Convulsiones.
- e) Deficiencias sensoriales.
- f) Trastornos de fonación.
- g) Contracción articular.
- h) Incontinencia.
- i) Alteraciones del reflejo: reflejo tónico asimétrico del cuello, donde el paciente al mover la cabeza hacia un lado, los hace todas las extremidades de ese lado, tornándose hipertónicas y los opuestos flexionados. Reflejo laberíntico tónico donde el paciente se encorva desde la cintura hasta la cabeza y las extremidades inferiores se estiran. Y por ultimo el reflejo de alarma en el cual realizan movimientos enérgicos a cualquier estímulo.

### *Características Bucales en pacientes con Parálisis Cerebral:*

Hay muchos problemas odontológicos concurrentes en la parálisis cerebral. Muchos pacientes tienen maloclusiones debidas a desequilibrios musculares. Esto es particularmente válido del paciente atetoide, cuyas muecas constantes suelen llevar apareada una maloclusión. Es común hallar un bruxismo severo. Algunos pacientes presentan hipoplasia adamantina en los dientes primarios. A menudo, la interrupción de la amelogénesis documenta el momento en que el feto padeció la lesión del sistema nervioso central. La falta de coordinación de estos niños, el hecho de que muchos hayan estado institucionalizados y hayan tenido mala supervisión de la higiene bucal y una dieta previamente pobre son todos factores para una incidencia potencialmente elevada de enfermedades dentarias. Muchos niños con parálisis cerebral e historia de convulsiones están con un régimen diario de fenitoína (Dilantina); y esta droga suele estar asociada a una hiperplasia gingival, la cual se produce más en pacientes mayores que en los más jóvenes pero puede presentarse a cualquier edad.

### *Abordaje Odontológico en niños con Parálisis Cerebral:*

Los pacientes con parálisis cerebral presentan muchos problemas de manejo de situación odontológica. Pueden estar en sillas de ruedas o en moldes para el cuerpo o abrazaderas para las piernas. Muchos de ellos necesitan ayuda para ubicarse en el sillón dental y algunos requieren de almohadas y sostenes que les permitan estar cómodos una vez sentados en el sillón. Como muchos casos de parálisis cerebral son también retardos mentales, puede haber problemas incrementados en el manejo de la conducta. Además, los trastornos del habla pueden tornar difícil o imposible la comunicación entre el paciente y el odontólogo.

Se debe estar consciente de la actitud inmanejable o no cooperadora de algunos pacientes, para tratarlos con lenguaje adaptable y controlar la hiperactividad con

terapias tranquilizantes; así mismo para empezar el tratamiento se pide al paciente que diga como quiere ser trasladado al sillón, estabilizar la cabeza, mantener su cuerpo en el centro del sillón, minimizar las dificultades para deglutir, evitar estímulos fuertes que lleven a la aparición de reflejos, usar diques de goma para tratamientos restaurativos y minimizar el tiempo de trabajo para evitar incomodarlo. (p. 562-563)

### **Trastornos visuales y auditivos:**

#### *Ceguera:*

Según Weddell, J., Vash, B., Jones, J., Lynch, T. (citado en McDonald, 1990) Una persona se considera afectada por ceguera si su agudeza visual no supera 20/200 en el mejor ojo, con lentes correctores o si su agudeza es mayor de 20/200 pero esta acompañada por un campo visual no superior a los 20 grados.

#### *Características Conductuales en pacientes Ciegos:*

La actitud o conducta de estos pacientes estará condicionada por la presencia de enfermedades sistémicas concomitantes, es decir dependerá si el paciente presenta algún síndrome o enfermedad limitante o si son niños sanos al nivel sistémico con solo el trastorno visual.

El niño parcialmente vidente puede aprender a cepillarse, suelen ser independientes y autosuficientes más temprano que los totalmente ciegos, aunque con dificultades. Su experiencia visual puede llegar a confundirle e inclusive puede perturbarle por lo que debe tenerse mucho cuidado en los procedimientos dentales.

### *Características Generales en pacientes Ciegos:*

Dependerá de la asociación con enfermedades o síndromes; generalmente el diagnóstico se puede establecer entre los 4 y 8 meses de la vida, por un comportamiento inusual, como la falta de sonrisa en respuesta a estímulos apropiados o retrasos motores en el inicio de agarrar objetos.

Los comportamientos de fijación y seguimiento visual están disminuidos, lentos o nulos, el comportamiento imitativo como la sonrisa esta retrasado y los niños con deficiencias desde el nacimiento pueden tener retrasos en la movilidad.

### *Características Bucales en pacientes Ciegos:*

- a) Presentan dificultad para realizar una correcta higiene bucal por los que presentan condiciones bucales precarias, los índices de caries y lesiones periodontales.
- b) Pueden presentar bruxismo.
- c) Si el trastorno esta asociado a alguna enfermedad sistémica presentan características bucales de la enfermedad.

Se ha informado mayor frecuencia en dientes hipoplasicos y traumatismos de los dientes anteriores en niños ciegos. Esos niños tienen también mayor de posibilidad de sufrir de gingivitis por su incapacidad para ver y eliminar la placa. Otras anormalidades dentarias ocurren con la misma frecuencia que en la población normal. (p. 575-576)

### *Abordaje Odontológico del niño ciego:*

Weddell, J., Vash, B., Jones, J., Lynch, T. (citado en Mcdonald, 1990), expresa que la evaluación de las actitudes de los padres es de esencial importancia para el

abordaje de la conducta. Además, los niños ciegos pueden tener actividades autoestimulantes como presionar los ojos, chaquear los dedos, moderes o sacudir la cabeza. Por eso, la evaluación de la socialización del niño es útil para el abordaje en la consulta. (p. 575)

Se debe distinguir entre los niños ciegos de manera adquirida o congénita, a este último grupo se necesita más explicaciones para ayudarlos a percibir el ambiente odontológico, ellos requieren de mayor muestra de afecto y de amor. Se debe recurrir a los sentidos del tacto y del oído se produce refuerzos mediante el olfato y el gusto esto ayudará a encarar la conducta de niño ciego. (Ob. cit)

Weddell, J., Vash, B., Jones, J., Lynch, T. (citado en McDonald, 1990) señalan que antes de iniciar el tratamiento odontológico de un niño ciego, el odontólogo debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- a) Determinar el grado de discapacidad visual. Por ejemplo, ¿puede el paciente distinguir la luz de la oscuridad?
- b) Si el paciente es acompañado, determine si el acompañante es el intérprete del niño. Si no lo es; diríjase al paciente por lo general las primeras consultas debe asistir con los padres y en sucesivas puede prescindirse de ellos, cuando el paciente se sienta en confianza.
- c) Es conveniente emplear un gran número de explicaciones y demostraciones ya que teme a lo desconocido.
- d) Al colocar anestesia los padres deberán explicar a los niños que el procedimiento sirve para tener los dientes dormidos por un rato.
- e) Si se emplea dique de goma debe colocarse alejado de los ojos ya que es su principal forma de comunicación
- f) Se puede usar anestesia general en los niños aprensivos.
- g) Evite expresiones de pena referencias a la ceguera como una aflicción.

- h) Al conducir el paciente al consultorio, consúltele si necesita ayuda. No toma, mueva o detenga al paciente sin advertirlo verbalmente.
- i) Describa la disposición de la sala. Describa siempre en forma adecuada al paciente los procedimientos del tratamiento antes de efectuarlos.
- j) Al hacer contacto físico, reasegure al paciente.
- k) Presente al personal restante muy informalmente.
- l) Permita que el paciente pregunte acerca de la marcha del tratamiento y responsable, teniendo en cuenta que es altamente individualista sensible y obediente.
- m) Evite referencia a la vista.
- n) En lugar de usar decir-mostrar-y hacer invítelo a tocar, gustar y oler.
- o) Describa en detalle los instrumentos y objetos que ha de introducir en la boca del paciente.
- p) Sostener la mano del paciente promueve la relajación.
- q) Dado que los gustos fuertes pueden ser rechazados, use cantidades menores con esas características.
- r) Explique el procedimiento para la higiene oral y luego aplique la mano del paciente sobre la suya mientras usted guía en forma lenta y deliberada el cepillo dental.
- s) Use casetes de audio y folletos en Braille para explicar procedimientos odontológicos específicos, para complementar la información y disminuir el tiempo de ocupación en el sillón.
- t) Anuncie las entradas y las salidas de personas al consultorio animadamente. Trate de que sean mínimas; evite ruidos subidos.
- u) Limite la atención odontológica a un solo profesional. (p. 574)

### *Sordera:*

Según Pinkham, J., (citado en Braham, R. y Morris, M., 1989) hay dos categorías principales de sordera, a saber, pérdida conductiva de la audición (pérdida de audición del oído medio) y pérdida de audición nerviosa sensorial. La pérdida de la audición conductiva es atribuible a una osteosclerosis que impide a los huesecillos del oído medio que funcionen bien. La pérdida de la audición nerviosa sensorial incluye lesiones de las vías auditivas desde el nervio auditivo en el oído interno hasta la corteza auditiva en el lóbulo temporal del cerebro. (p. 564)

### *Características Conductuales en pacientes Sordos:*

- a) Son niños temerosos y aprensivos porque no pueden oír sonidos agradables o de advertencia.
- b) Son muy inteligentes con gran capacidad de aprender e imitar.
- c) Su desarrollo se basa en la vista y el tacto.
- d) En los casos leves puede perderse hasta el 50 % de las conversaciones. Puede actuar de forma inadecuada si no oyen las instrucciones, tratar de llamar la atención.
- e) En los casos moderados tiene discapacidad de aprendizaje, dificultad con las discusiones de grupo y vocabulario limitado. Tienen problemas emocionales y sociales y reacciones siempre de forma infantil, tratan siempre de llamar la atención.
- f) En los casos graves y profundos hay discapacidades marcadas en el aprendizaje, tiene un hipodesarrollo emocional grave, mal concepto de sí mismo. (Ob. cit)

*Características Generales en pacientes Sordos:*

- a) Dependerá del grado de afección y si esta relacionado con síndromes o enfermedades.
- b) Puede presentar convulsiones.
- c) De ligero a grave la déficit verbal.
- d) Perdida neurosentiva.
- e) Algunos puede oír sonidos altos de 60 cm. de distancia.
- f) Pueden identificar algunos sonidos ambientales.
- g) No hay desarrollo espontáneo del lenguaje si la pérdida se presenta antes del año de edad. (Ob. cit)

*Características Bucales en pacientes Sordos:*

Su salud no difiere de los niños normales, pero la incidencia de caries y periodontopatías suele ser algo mayor debido a la indulgencia de los padres tanto en la higiene oral como la dieta. (Ob. cit)

*Abordaje Odontológico del niño Sordo:*

- a) Prepare al paciente y a los padres antes de la primera visita con una carta de bienvenida.
- b) Se debe aplicar el modelamiento donde el niño trata de imitar lo que ve, por lo que sería convenientes que observe a un hermano u otro niño que muestre buen comportamiento durante el tratamiento.
- c) No deben tomarse por sorpresa ni por la espalda, ya que se asuntan y se sienten traicionados.
- d) Por medio de los padres determina la primera consulta como desea comunicarse el paciente, con lo cual se disminuirán los temores del niño, ya

que ellos sirven de intérpretes para entender sus problemas y proporcionar datos que el niño pueda comprender.

- e) Evalúe la capacidad de fonación y el lenguaje y el grado de disminución obteniendo una historia médica completa.
- f) Póngase frente al paciente y hablele con un ritmo normal y directamente sin gritar. Las expresiones faciales exageradas y el lenguaje vulgar dificultan las lecturas de los labios.
- g) Observe expresiones del paciente. Asegúrese que el paciente comprenda qué es el equipo odontológico, qué habrá de ocurrir y como se sentirá.
- h) Reasegure al paciente mediante el contacto físico; inicialmente sostenga la mano del paciente o apoye una mano sobre el hombro.
- i) Emplee el abordaje “decir-mostrar” permita que el paciente vea los instrumentos y demuestren como trabajan; por ejemplo, las vibraciones de las piezas de mano, el rascador del explorador, el excavado de las cucharillas y textura de la goma dique.
- j) Sonría y use gestos reconfortantes para crear confianza y reducir la ansiedad.
- k) Evite el bloqueo del campo visual del paciente.
- l) Ajuste el audífono (si el paciente lo tiene) cuando la pieza de mano esta en operación pues el audífono amplifica todos los sonidos. (Ob. cit)

### **El Autismo:**

Según Weddell, J., Vash, B., Jones, J., Lynch, T. (citado en Mcdonald, 1990) es una alteración del desarrollo mental y emocional que causa problemas en el aprendizaje, comunicación y relación con los demás y es severamente discapacitante. Esta discapacidad del desarrollo que se manifiesta toda la vida se presenta durante los 3 primeros años de vida, es difícil de diagnosticar y no tiene cura. Hasta hace poco se creía que el autismo era una incapacidad emocional. En el *Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales* publicado en 1980 por la Asociación de Psiquiatría Americana, el autismo se incluye como trastorno

neurológico. Actualmente se cree que es causada por una afección física del cerebro.  
(p. 570)

*Clasificación del Autismo:*

Kanner 1943 (citado por Fejerman 1994), lo clasifica según el Grado de Inteligencia:

Nivel Alto

- a) Su forma de relación es inusual, extraña, orientada a sus necesidades.
- b) No hay tantas conductas estereotipadas, sin embargo, se presentan actitudes obsesivas.
- c) Su juego puede ser funcional y simbólico.
- d) Posee lenguaje de uso cotidiano con ideas concretas, con acolálicas, inversión pronominal y fallas en la lengua pragmática y espontánea.
- e) Son rutinarios, no aceptan los cambios.
- f) Logran desarrollar habilidades sociales y académicas.

Nivel Medio

- a) Su forma de relación es limitada, no mantiene una interacción espontánea.
- b) No logra un verdadero aprendizaje, se concreta a aprendizaje de hábitos.
- c) Presenta conductas estereotipadas, como girar objetos repetidamente.
- d) Hay lenguaje repetitivo sin sentido, pero llegan a comprender el lenguaje sencillo y concreto.
- e) Su juego es básicamente motor, sensorial, monótono y perseverante.
- f) Pueden manipular o usar los objetos de manera peculiar para autoestimularse.

## Nivel Bajo

- a) Su interacción es mínima, se mantiene indiferente y aislado.
- b) Hay un precario desarrollo mental.
- c) Presentan conductas estereotipadas, como girar objetos repentinamente, siendo esto una actividad.
- d) No hay lenguaje, y su comprensión es muy limitada.

### *Características Conductuales en los pacientes con Autismo:*

Según Powers, M. las características conductuales de un paciente con autismo son los siguientes:

#### *Incapacidad para desarrollar una socialización normal:*

La incapacidad de los niños autistas para desarrollar habilidades sociales normales es, quizás, la característica más reconocible del autismo. Los niños autistas no interactúan con los demás en la misma forma en que lo hacen la mayor parte de los otros niños, o bien simplemente no interactúan en lo absoluto. Prefieren estar solos la mayor parte del tiempo. Viven, según parece, una vida de aislamiento extremo. Se les dificulta enormemente comprender y expresar las emociones, y dan, cuando así llega a suceder, muy pocas señales de apego, es decir, no establecen el vínculo emocional que se genera entre las personas que miran una por la otra. Esta conducta es muy diferente de la conducta social que observan la mayor parte de los bebés y de los niños pequeños

El niño autista puede dar la impresión de no interesarse en absoluto por las demás personas. Es posible que evite el contacto visual o que parezca mirar a los otros “a través de ellos”, como si no existieran. Así mismo, puede aparecer apático en extremo e incapaz de responder, manifestando así que no tiene deseos de iniciar relación

alguna ni de ser acariciado. En efecto, si se le carga es posible que arquee rígidamente la cabeza hacia atrás, como si ello resultará de alguna manera doloroso. Los gestos sociales de los demás (sonreír, saludar con la mano) pueden carecer de significación para él. Es posible que no desarrolle la sonrisa social sino muy tardíamente. Además, puede no querer jugar con los demás y limitarse a utilizarlos mecánicamente, a modo de “medios para un fin”.

La mayoría de los niños autistas poseen habilidades sociales extremadamente limitadas y parecen vivir en un mundo de su exclusividad, separado del de los demás e impenetrable para quienes permanecen excluidos de él. La falta de habilidad para relacionarse con el mundo de las personas es, a menudo, el indicio más inequívoco de autismo.(p. 28)

*Perturbaciones del habla, del lenguaje y de la comunicación:*

El segundo síntoma importante del autismo lo constituyen los problemas del habla, del lenguaje y de la comunicación. Aproximadamente 40% de los niños autistas no emiten una sola palabra. Otros adolecen de lo que se denomina *ecolalia*, que consiste en repetir lo que se les ha dicho, de manera similar a la de los loros. En otras ocasiones la ecolalia se difiere e incluye recitación de los comerciales de televisión, de sonsonetes publicitarios o de palabras sueltas que el niño escuchó minutos, días, semanas e incluso meses antes. Por lo general puede comprender apenas o no comprender en absoluto conceptos abstractos, como es el de peligro, o gestos simbólicos, como decir adiós con la mano. Es posible que tampoco entienda como se emplean correctamente los pronombres, en especial tu y yo, que los invierta. Así mismo, es posible que no utilice el lenguaje que llegue para comunicarse y que el lenguaje que llegue a emplear resulte repetitivo y se encuentre plagado de palabras o de frases ilógicas. La voz del autista puede sonar uniforme o monótona y es posible que sea incapaz de controlar su tono o su volumen.(Ob. cit, p.29-30)

### *Relaciones anormales con objetos y con acontecimientos:*

Los niños autistas suelen ser incapaces de relacionarse normalmente con los objetos y con los acontecimientos, llegando a hacer girar constantemente un objeto. Una cantidad considerable de niños autistas tienen lo que se llama necesidad de permanecer sin cambio y es posible que se alteren bastante si los objetos de su entorno o los horarios sufren alguna modificación, sea de lugar o de estructura. Por ejemplo si el niño está acostumbrado a cepillarse los dientes antes de bañarse y se le pide que lo haga después, el niño puede oponer a este cambio una enérgica resistencia. La forma en que los niños autistas juegan puede resultar bastante extraña y hay ocasiones en que los niños autistas no juegan en absoluto.

Todas estas extrañas maneras de reaccionar ante la gente, los objetos y los acontecimientos pueden modificarse. Al paso del tiempo, y con el tratamiento adecuado, los niños autistas pueden aprender a disfrutar del uso adecuado de diversos objetos, así como también pueden aprender a ser tolerantes con algunos de los cambios que tengan lugar en su entorno.(Ob. cit)

### *Respuestas anormales a la estimulación sensorial:*

Un estímulo sensorial es todo aquello que se puede oler, tocar, sentir, ver y oír. Debido a que los sentidos responden indiscriminadamente a todo lo que sucede a nuestro alrededor, el cerebro se encarga de seleccionar y descartar aquellos estímulos que no son relevantes, permitiendo así que la atención se concentre en la información más importante que en un momento determinado se recibió del ambiente. A los niños autistas se les dificulta llevar a cabo este proceso de filtración, pueden reaccionar excesivamente a los estímulos sensoriales, o bien puede suceder que su nivel de respuesta a ellos sea muy bajo o casi nulo. Por ejemplo, a algunos niños autistas las señales sonoras de las tiendas departamentales les resultan sumamente angustiantes: es posible que lleguen a taparse los oídos y que hagan una rabieta hasta que sus

padres decidan sacarlos de la tienda. Otros niños pueden parecer cautivados por los ruidos que hacen ellos mismos o por los que provienen del ambiente, como son las sirenas de las patrullas que se oyen a lo lejos. No obstante, excepto por esa vigorosa reacción únicamente ante estos ruidos, al parecer los niños autistas no responden a ningún otro sonido y, en efecto, en otras ocasiones pueden parecer que incluso están sordos. No se sabe con exactitud porque los sonidos afectan de esta manera a los niños autistas pero se infiere que forma que se debe la tendencia general de reaccionar excesivamente a algunos estímulos y dar una respuesta baja a otros.

Como parte de sus problemas sensoriales, un niño autista puede sentir fascinación por las luces, las secuencias de colores, los logotipos, las formas o la configuración de las letras o de las palabras. Puede confundirse al rascar o frotar ciertas superficies y de la misma manera, es posible que rechace furiosamente ciertos alimentos con determinada textura. A algunos niños autistas les encanta que los lancen al aire, o dan vueltas y vueltas sobre si mismos sin marearse nunca. Otros experimentan un miedo intenso ante el barullo domestico (el ruido producido `por la aspiradora, la licuadora etc.) o debido al movimiento de los ascensores.

En términos generales, los niños autistas en especial los más pequeños, supuestamente emplean más los sentidos del gusto y del olfato que los del oído y la visión para aprender e indagar. Su reacción al frío o al dolor puede variar desde la indiferencia hasta la hipersensibilidad, o desplazarse impredeciblemente de un extremo al otro. (Ob. cit)

#### *Los retrasos del desarrollo y diferencias en el mismo:*

El quinto síntoma del autismo consiste en la manera notablemente diferente como se desarrolla un niño autista. Los niños que carecen de necesidades especiales se desarrollan en todas las áreas siguiendo un ritmo relativamente uniforme. A una edad determinada, las habilidades de un niño pueden estar ligeramente por delante o por

detrás de la mayoría de los niños y funcionar correctamente dentro de los límites de lo normal. Por ejemplo, un niño puede aprender a caminar antes que la mayoría de los demás niños, pero puede aprender a hablar un poco después. Sin embargo, para los niños autistas, este proceso de desarrollo no es de ninguna manera uniforme. Su ritmo de desarrollo es bastante diferente, en particular por lo que se refiere a las habilidades de comunicación, sociales y cognitivas. En contraste, el desarrollo motor (la habilidad para caminar, saltar, subir escaleras y manipular con los dedos objetos pequeños) puede ser relativamente normal o demorarse apenas un poco.

En algunas ocasiones las habilidades se manifiestan en los niños autistas a la edad que era de esperarse para luego desaparecer. Un niño puede desarrollar aparentemente el lenguaje hablado a la edad en que es normal hacerlo, para luego, más o menos hacia los dos años de edad, dejar de hablar súbitamente. En tanto que las habilidades de un niño en áreas como el de armar un rompecabezas o contar pueden presentarse con normalidad e incluso precozmente, es posible que sus habilidades del lenguaje permanezcan rezagadas en comparación con el nivel que le corresponda a su edad. (Ob. cit, p.31)

*Características Bucales del paciente Autista:*

- a) El color, el tamaño y consistencia de la encía alterada (por lo general es de consistencia blanda, se asocia por lo general al tratamiento bajo anticonvulsivos).
- b) En la mucosa bucal puede haber presencia de laceraciones, úlceras traumáticas, queilitis angular, e infecciones a repetición por la frecuente colocación de objetos en la boca.
- c) La anodoncia y las anomalías de forma, tamaño son pocos frecuentes.
- d) Presencia mínima de tres dientes atacados por caries dental.
- e) Como hábito bucodental principal desarrollado se manifiesta la succión digital.
- f) Alteración del ATM, asociadas a bruxismo.

*Abordaje odontológico en niños autistas:*

Un niño autista, posee un sistema nervioso afectado, por ende, funciona de manera diferente, esta persona tendrá una forma particular de enfrentarse y aprender del medio que lo rodea, el individuo con autismo es más aprendiz visual que auditivo, que le cuesta procesar la información novedosa y angustia lo que no puede predecir o controlar mostrando en consecuencia una serie de conductas inapropiadas para lo que espera en un medio social. Camfferman y Van-Engeland,, 1994. (Congreso Latinoamericano sobre el autismo, 50 años después de Leo Kanner, 1995).

La conducta a seguir para el abordaje de cada caso, va a depender de la ubicación dentro de la clasificación según el grado de inteligencia, de estos niños, que asisten a la consulta odontológica.

Así mismo, los niveles de actividad, la atención, los intereses, las emociones y las habilidades, varían ampliamente en cada niño. Se debe tratar de programar para todas las necesidades individuales en el plan de trabajo.

*En base a las características de los niños de nivel alto:* (agresivo, manipulador, temeroso, malcriados y cooperadores), se pueden aplicar las siguientes técnicas para el abordaje: hablando con los niños, Decir-Mostar-Hacer, refuerzo positivo, ambiente estructurado y musicoterapia.

*En casos de pacientes de nivel medio:* se debe intentar el abordaje con la aplicación de las técnicas antes mencionadas, si la utilización de estas no facilitan el abordaje debido a las características especiales del niño se deberá recurrir a la contención física para efectuar el tratamiento odontológico.

*Finalmente, cuando asiste a la consulta un niño que manifieste las características de nivel bajo de autismo: la conducta en el abordaje debe ser la contención física, o de ser necesario se recurrirá a la sedación para la realización del tratamiento odontológico.*

### **Técnicas utilizadas para el abordaje odontológico de niños con necesidades especiales:**

#### *a) Lenguaje pediátrico:*

Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C., y Mendoza, A. (2002) señala que al hablar con un niño, hay que tener mucho cuidado en escoger el lenguaje apropiado. Hay que ponerse al nivel del niño en palabras e ideas. Ha de ser un lenguaje que pueda entender. Es importante no extenderse ni para excesivamente al niño, ya que ello puede incrementar su ansiedad; así mismo se deben evitar palabras que puedan inspirar miedo, que sean ofensivas y que puedan subestimar la inteligencia del paciente. (p. 128-129)

#### *b) Técnica Decir- Mostrar – Hacer:*

Se conoce por la técnica del diga-muestre-haga. Este método equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante. La base en la técnica de la triple E es extremadamente simple. La idea es familiarizar al niño con ambientes, instrumentos y gentes nuevas. (Ob. cit, p.129)

#### *c) Refuerzo Positivo:*

Las leyes del refuerzo dicen que la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente y la conducta que es castigada o continúa sin premiarse tiende a

extinguirse o desaparecer. Los terapeutas de la conducta usan varias técnicas de condicionamiento para obtener cambios en la conducta; dichas técnicas tratan de modificar la conducta de manera beneficiosa para el individuo pueden ser aplicadas en el campo de la odontopediatría. (Ob. cit, p.130)

*d) Musicoterapia:*

Halzate, E. (2006) la define como una técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas con participación activa o receptiva por parte del paciente. Con la musicoterapia se intenta hacer llegar al cerebro unos estímulos que le lleven a una relajación o anulación de los que reproducen la enfermedad, a través de diversas melodías con las que se pueden conseguir efectos sorprendentes. (p.1)

*e) Técnicas de enfoque físico:*

Según Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C., y Mendoza, A. (2002) existen diversas técnicas utilizadas para el control de la cavidad oral entre estos se encuentran los bloques de mordida o abre bocas que se emplean para el tratamiento de los maxilares y el control de la abertura de la boca. La técnica de mano sobre la boca (MSB) que es conocida clásicamente en la literatura anglosajona como hand over mouth, tiene como finalidad el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse por ello esta prohibida en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos porque no tienen dicha capacidad.

El control físico por parte del profesional es otra técnica utilizada la cual se obtiene al mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y las piernas del niño durante un tratamiento dental por parte del profesional y de sus ayudantes. La técnica de rodilla a rodilla, se puede utilizar en niños hasta los 4 años y consiste en colocar la cabeza del niño en el regazo de la madre quien la sujetará junto con las manos.

Cuando el personal sanitario ya no puede controlar los movimientos de los niños, hay que recurrir a dispositivos de limitación física específicas, para el control de todo el cuerpo. Se incluyen toallas, sábanas, cinturones y dispositivos comerciales como el Pedi Wrap (dispositivo de nylon con cierres de velcro) o el Papoose Board (tabla rígida con envoltorio de tela). Las técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos y su conocimiento por parte de los odontopediatras, pueden crear cierta confusión en los padres de los pacientes debido a su desconocimiento. (p. 134-136)

Es importante destacar, que nunca debe usarse la contención física como castigo; el odontólogo expondrá sus ventajas antes de usarla, si la comunicación con el paciente es posible.

*e) Sedación:*

La sedación consciente es una técnica de control del dolor, es un nivel de conciencia deprimida que retiene la capacidad del paciente para conversar. El propósito de esta técnica según Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C., y Mendoza, A. (2002) es reducir o eliminar la ansiedad del paciente, así como hacer que se sienta seguro y confortable para que pueda realizarse un buen tratamiento dental especialmente en aquellos pacientes comprometidos física y psíquicamente. Las vías de administración de esta técnica son: inhalatoria (óxido nitroso), oral, intramuscular, subcutánea, e intravenosa que es la más óptima e ideal. (p. 141)

Además, a un paciente que va a recibir sedación, especialmente la intravenosa, se le deberá dar una atención adecuada a su estado físico general, a su historia médica pasada y en si al procedimiento que se llevará a cabo. Por último, un odontólogo para aplicar la técnica de la sedación conciente, debe contar con una capacitación especial, de lo contrario requerirá asesoramiento de un anestesiólogo.

## **Características de un odontólogo que trabaja con niños con necesidades especiales.**

- a) Flexibilidad: Una persona puede experimentar frustración fácilmente con estos niños. Lo imprescindible en ellos conduce a la flexibilidad.
- b) Tolerancia a lo desconocido.
- c) Aceptación de lo incierto.
- d) Le deben encantar los niños.
- e) Apreciar y valorar: lo mucho que tratan estos niños por sobrevivir y poder integrarse al mundo.
- f) Respetar: a los niños en su forma de comunicación, aunque sea inadecuada (pegando, mordiendo, etc.). Siempre el terapeuta se debe preguntar que desea comunicar el niño.
- g) No pueden penalizar las conductas del niño.
- h) Fascinación a lo desconocido.
- i) Tolerar: mejoría, cambios positivos y crecimiento del niño.
- j) Saber hablar en positivo y con amabilidad.
- k) Buenas relaciones interpersonales: entre quienes comparten el trabajo diario con los niños y sus familias.
- l) Permitir libremente la espontaneidad y la creatividad.
- m) Perseverancia y paciencia.
- n) Tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro.
- o) Disponibilidad.
- p) Reciedumbre y gran fortaleza.

- q) No rendirse: y siempre conseguirle el sentido positivo a las situaciones que se viven con estos niños y jóvenes que llegan a formar parte de la vida de quien se acerca a ellos y los conduce.

## **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **Sistema de Variables**

Según Tamayo y Tamayo, M. (2002) “El término variable, en su significado más general, se utiliza para designar cualquier característica de la realidad que puede ser determinada por observación y que pueda mostrar diferentes valores de una unidad de observación a otra. (p.163). Por consiguiente las variables dependiendo del tipo de investigación se pueden clasificar en variables independientes las cuales representan la causa o razón, cuya influencia se pretende descubrir, es decir que son los elementos que manipula el investigador, para producir cambios en las variables dependientes, éstas últimas representan los efectos acerca de los cuales se busca explicación.

*La variable:* sometida a estudio en ésta investigación es la siguiente: Conocimiento sobre la atención odontológica en niños con necesidades especiales.

*Definición Conceptual:* El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información ganada a través de la experiencia sobre la atención odontológica en niños con necesidades especiales.

*Definición Operacional:* Consiste en identificar si los estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo tienen dominio sobre la atención odontológica en niños con necesidades especiales. Un niño con necesidades especiales se define como aquel cuya evolución psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por un problema físico o mental, o ambos.

A continuación, se presenta el cuadro matriz de operacionalización de variables:

| Objetivo de la Investigación  | Variable  | Definición Conceptual   | Definición Operacional  | Dimensiones  | Sub-dimensiones  | Indicadores  |
|---|---|---|---|--|--|--|
| Determinar el conocimiento que poseen los estudiantes de 5º año acerca de la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales (retardo mental, síndrome de Down, parálisis cerebral, trastornos auditivos y visuales, autismo) que acuden al área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el período noviembre-diciembre 2005. | Conocimiento acerca de la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales | El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información ganada a través de la experiencia sobre la atención odontológica en niños con necesidades especiales. | Consiste en identificar si los estudiantes del 5to año de la facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo tienen dominio sobre la atención odontológica en niños con necesidades especiales. Un niño con necesidades especiales se define como aquel cuya evolución psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por un problema físico o mental o ambos. Las discapacitaciones imponen un compromiso que pueden variar de muy leves a extremadamente severos. | Conocimientos básicos sobre las diversos niños con necesidades especiales                  | -Retardo mental<br>-Síndrome de down.<br>-Parálisis cerebral<br>-Autismo.  | -Conocen<br>-No conocen  |
|   |   |   |   | Conocimiento sobre el abordaje odontológico en los niños con necesidades especiales        | -DMH<br>-Hipnosis<br>-Reforzamiento positivo<br>-Mano sobre la boca<br>-Control mediano de la voz<br>-Hablando con los niños<br>-Modelamiento<br>-Musicoterapia<br>-Restricción física | -Conocen las técnicas para el abordaje odontológico del niño con necesidades especiales<br>-No conocen las técnicas para el abordaje odontológico del niño con necesidades especiales  |
|   |   |   |   | Dominio de las técnicas de adaptación.   | -DMH<br>-Hipnosis<br>-Reforzamiento positivo<br>-Mano sobre la boca<br>-Control mediano de la voz<br>-Hablando con los niños<br>-Modelamiento<br>-Musicoterapia<br>-Restricción física | -Si poseen dominio en la aplicación de las técnicas de abordaje odontológico en los niños con necesidades especiales<br>-No poseen dominio en la aplicación de las técnicas de abordaje odontológico en los niños con necesidades especiales |
|   |   |   |   | Experiencia del estudiante en la atención odontológica del niño con necesidades especiales |  | -Positiva.<br>-Negativa.   |

## Definición de Términos

**Anomalía:** Desviación de lo que se considera normal. Malformación congénita, como la falta de un miembro o presencia de un dedo supernumerario.

**Conocimiento:** proceso donde el sujeto en su interacción constante con el medio ambiente aprende lo superficial y luego lo profundo.

**Deficiencia:** pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiología o anatómica.

**Deficiencia Mental:** es para referirse al conjunto de personas que tienen algún déficit orgánico (entre ellos los sujetos con Síndrome de Down). La deficiencia mental comprende a un grupo de enfermedades cuya principal característica es el déficit de la función intelectual.

**Discapacidad:** consiste en una restricción o ausencia, debido a la deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad normal afectando globalmente al individuo.

**Especialista:** Profesional sanitario que practica una especialidad. Por lo general presenta una importante formación clínica. Persona que cultiva o practica una rama determinada de un arte o una ciencia.

**Minusvalía:** menoscabo de un individuo a consecuencia de una deficiencia o discapacidad que le limita o impide el desempeño de un rol normal.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

El presente Capítulo expone de forma clara, precisa y completa la metodología empleada en esta investigación. Para tal fin, se establecen una serie de pautas para esquematizar el mismo tales como: tipo de investigación, diseño de la investigación, población, muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad y por ultimo el procesamiento y análisis de los datos.

#### **Tipo de Investigación**

Esta investigación es de tipo descriptiva, que según Tamayo y Tamayo (2002) “Es aquella que trabaja sobre realidades de hecho, y su característica fundamental es la de presentarnos una interpretación correcta. Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre como una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente”. (p.46). De tal manera se describe que tanto conocen los alumnos cursantes del 5to año de odontología sobre la atención odontológica de pacientes con necesidades especiales.

#### **Diseño de la Investigación**

Esta investigación es un estudio de campo, Tamayo y Tamayo (2002), lo define como aquella investigación donde “Los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual lo denominamos primarios, su valor radica en que permiten cerciorarse de

las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir dudas”. (p.110). Por esto la modalidad de campo se adaptó a esta investigación por medio de una prueba que se le aplicó a los alumnos del 5to año de Odontología cursante de la asignatura de Odontopediatría III.

El diseño que se utilizó en esta investigación no experimental, fue el transeccional, que según Hernández, R. (1991) “Son datos que se recolectan en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. (p.270)

### **Población**

La población la define Tamayo y Tamayo, M. (2002) como “La totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que deben cuantificarse para una determinada característica, y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación. (p.176). En la presente investigación fue una población finita y estuvo representada por 160 estudiantes del 5to año de odontología cursante de la asignatura Odontopediatría III, del período académico 2004 – 2005.

### **Muestra**

La muestra la define Tamayo y Tamayo, M. (2002) “Es la representación de la población. La muestra descansa en el principio de que las partes representan el todo y por lo tanto refleja las características que definen la población de la cual fue extraído, lo cual nos indica que es representativa”. (p.76). En esta investigación se usó una muestra aleatoria o probabilística simple o al azar, la cual la define el mismo el autor como “el elemento más común para obtener una muestra representativa es la

selección al azar aleatoria, es decir, que cada uno de los individuos de la población tiene la misma posibilidad de ser elegido”. (p. 116-117)

Ramírez (1999), expresa que “la mayoría de los autores han coincidido en señalar que para los estudios sociales con tomar un aproximado del 30% de la población se tendrá una muestra con un nivel elevado de representatividad” (p. 34). Lo que significa que para la realización del presente estudio se tomo el 30% de los estudiantes del 5to año de odontología cursantes de la asignatura Odontopediatría III.

### **Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

Debido a la investigación y al problema planteado se empleó como técnica y como instrumento una prueba objetiva de selección múltiple, la cual permitió una obtención de la información necesaria de los alumnos del 5to año de Odontología cursante de Odontopediatría III en cuanto a sus conocimientos sobre los diversos niños con necesidades especiales, comprendido en el período académico 2004 – 2005.

### **Validez**

La validez del contenido de la prueba objetiva que se aplicó estuvo dada por la concordancia existente entre los reactivos del instrumento con respecto a los objetivos específicos, la variable, dimensiones e indicadores. En este sentido, la prueba objetiva fue revisada a través de juicio de expertos, dos (2) Odontólogos Odontopediatras y un (1) especialista en Metodología, a los cuales se les entregó la tabla de operacionalización de variable, la prueba objetiva, con la finalidad de establecer la organización, claridad, pertinencia y adecuación de los ítems.

### **Procesamiento y análisis de los datos.**

Una vez obtenido la información requerida para el logro de los objetivos propuestos, la misma se organizó, tabuló, codificó y graficó con la finalidad de describir sus tendencias. Según Tamayo y Tamayo, M. (2002) “El procesamiento de datos, cualquiera que sea la técnica empleada para ello, no es otra cosa que el registro de los datos obtenidos por los instrumentos empleados, mediante una técnica analítica en la cual se comprueban las hipótesis y se obtienen las conclusiones”. (p.187). A dicha información se le aplicó un tratamiento estadístico descriptivo. La cual es una parte de la Estadística que se dedica a analizar y representar los datos. Este análisis es muy básico, aunque hay tendencia a generalizar a toda la población las primeras conclusiones obtenidas tras un análisis descriptivo, su poder inferencial es mínimo y debería evitarse tal proceder. Básicamente, se lleva a cabo un estudio calculando una serie de medidas de tendencia central, para ver en qué medida los datos se agrupan o dispersan en torno a un valor central.

## **CAPITULO IV**

A continuación se presentaran los resultados de la investigación, el cual se organizo a través de cuadros y luego fueron graficados con la finalidad de describir sus tendencias. A su vez a esta información se le aplicó un tratamiento estadístico descriptivo.

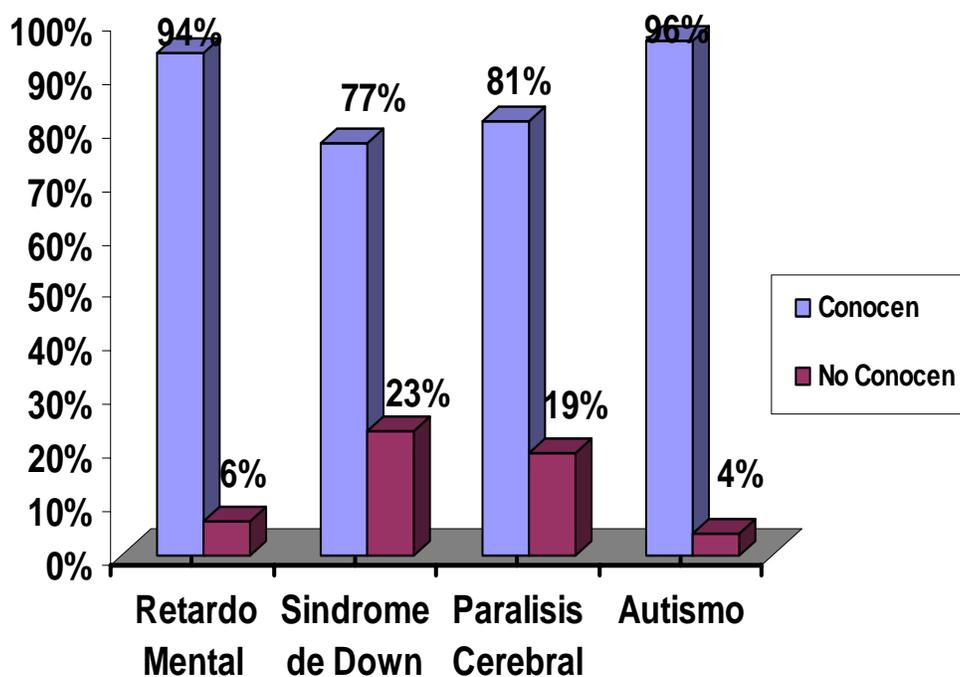
### **ANÁLISIS E INTEPRETACION DE LOS RESULTADOS**

La técnica estadística utilizada fue el análisis porcentual realizado en Excel, lo que permitió agrupar los resultados y expresarlos en porcentajes de frecuencia, de los indicadores diseñados para cumplir los objetivos de la presente investigación. A continuación el análisis y la interpretación de cada una de las tablas y gráficos de forma cuantitativa.

### Cuadro 1

**Distribución de Frecuencia y Porcentaje relacionado con los Conocimientos Básicos sobre los Diversos Tipos de Niños con Necesidades Especiales que poseen Los Estudiantes Del 5to Año de La Facultad de Odontología de la Universidad De Carabobo.**

| ITEMS              | CONOCEN |    | NO CONOCEN |    | TOTAL |     |
|--------------------|---------|----|------------|----|-------|-----|
|                    | FA      | FR | FA         | FR | FA    | FR  |
| Retardo Mental     | 45      | 94 | 3          | 6  | 48    | 100 |
| Síndrome de Down   | 37      | 77 | 11         | 23 | 48    | 100 |
| Parálisis Cerebral | 39      | 81 | 9          | 19 | 48    | 100 |
| Autismo            | 46      | 96 | 2          | 4  | 48    | 100 |



**Grafico 1.** Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con los Conocimientos Básicos sobre los diversos tipos de niños con necesidades especiales que poseen los Estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

#### **Análisis e Interpretación:**

Con respecto a los resultados obtenidos en el cuadro 1 establece que los estudiantes del 5to año de Odontología conocen los diversos síndromes que presentan los niños con necesidades especiales, teniendo el mayor porcentaje el autismo con un 96% según Weddell, J., Vash, B., Jones, J., Lynch, T. (citado en McDonald, 1990) lo define como una alteración del desarrollo mental y emocional que causa problemas en el aprendizaje, comunicación y relación con los demás siendo severamente discapacitante (p. 561). Siguiendo con el análisis porcentual un 94% de la muestra poseen conocimientos básicos sobre el retardo mental: denominación general aplicado a personas cuyo desarrollo intelectual es significativamente mas bajo

que el de las personas normales y cuya capacidad para adaptarse a su ambiente es, en consecuencia, limitada. (Ob. cit, p.565)

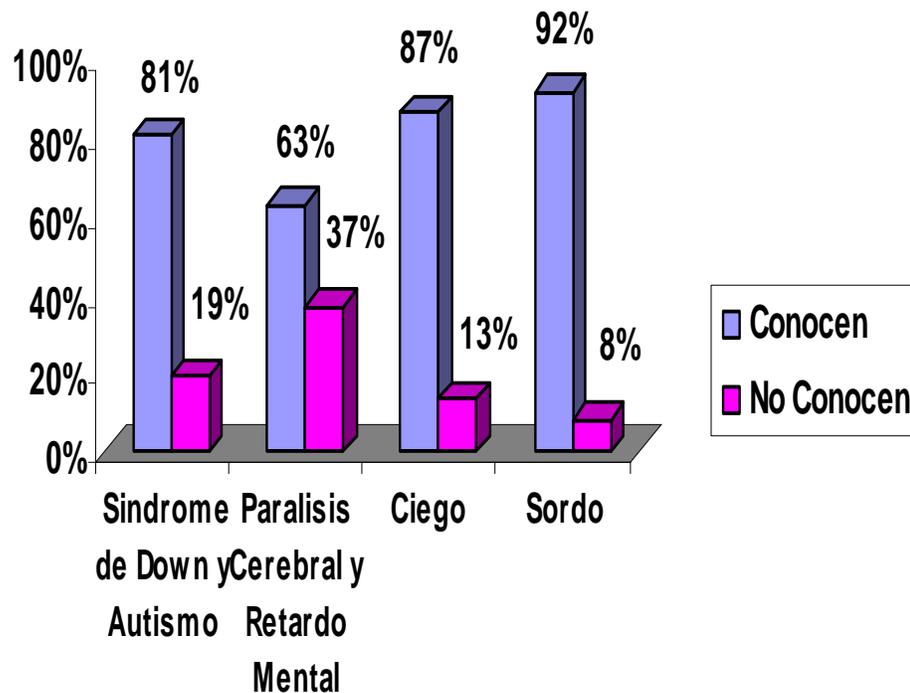
Por otro lado, se obtuvo que un 81% de los estudiantes reconocieron las características que presentan los pacientes con parálisis cerebral como: alteraciones en el reflejo, falta de coordinación de los movimientos, hipotonía e hipertonía etc; que según expresa Braham, R. y Morris, M. (citado en Pinkham, J., 1989) es un termino general que describe un grupos de trastornos no progresivos de los centros y vías motoras del cerebro (p. 562). Por ultimo el 77% de la muestra demostró tener conocimiento sobre el síndrome de Down el cual es un conjunto de síntomas concurrentes resultantes de la aberración cromosomica, correspondiendo la mayoría a la trisomía 21, entre cuyas características bucales y generales se encuentran: maxilar superior grande, lengua fisurada, macroglosia, voz gutural, estatura baja, cuello corto y ancho. (Ob. cit, p. 564)

Estos resultados permiten deducir que los estudiantes del último año de la carrera de Odontología poseen conocimientos cognoscitivos de las patologías que fueron objeto de estudio; teniendo en cuenta que las discapacidades son aquellas condiciones cuya evolución psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por un problema físico o mental, o ambos. Las discapacitaciones imponen un compromiso que pueden variar de muy leves a extremadamente severos.

## Cuadro 2

Distribución de Frecuencia y Porcentaje relacionado con los Conocimientos sobre el Abordaje de Los Niños con Necesidades Especiales que poseen los Estudiantes del 5to Año de La Facultad de Odontología de La Universidad de Carabobo.

| ITEMS                               | CONOCEN |    | NO CONOCEN |    | TOTAL |     |
|-------------------------------------|---------|----|------------|----|-------|-----|
|                                     | FA      | FR | FA         | FR | FA    | FR  |
| Síndrome de Down y Autismo          | 39      | 81 | 9          | 19 | 48    | 100 |
| Parálisis Cerebral y Retardo Mental | 30      | 63 | 18         | 37 | 48    | 100 |
| Ciego                               | 42      | 87 | 6          | 13 | 48    | 100 |
| Sordo                               | 44      | 92 | 4          | 8  | 48    | 100 |



**Grafico 2. Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con los conocimientos sobre el abordaje de los niños con necesidades especiales que poseen los Estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.**

**Análisis e Interpretación:**

De acuerdo a los datos obtenidos el 92% de los Estudiantes del 5to año de Odontología, de la Universidad de Carabobo conocen la técnica para el abordaje a la consulta odontológica de un niño sordo ya que es el modelamiento la técnica ideal para estos pacientes, ésta consiste en el cambio de comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Un 87% expreso conocer el abordaje odontológico en el niño ciego al responder que la técnica de hablando con los niños era la opción correcta debido a que los mensajes son transmitidos a estos pacientes a través del tono de voz, del lenguaje, y algunas palabras, en donde es importante ser positivo, enseñarle al paciente a escuchar los sonidos que hay en el consultorio y estimular la percepción de objetos y actividades sensoriales.

En el mismo orden de ideas un 81% de los estudiantes posee conocimientos sobre el abordaje de un niño con síndrome de Down y autismo al seleccionar el reforzamiento positivo como técnica correcta ya que esta es según Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C., y Mendoza, A. (2002) es para mejorar o aumentar la actuación del niño en una tarea o conducta, se debe utilizar un premio inmediato después de cada acción correcta. Esta técnica hará que el niño ejecute la conducta aprendida con poco o ningún esfuerzo. El refuerzo material, palpable, combinado con una palabra, control mediano de la voz y reconocimiento, es a menudo lo más exitoso en el proceso del abordaje. (p. 130)

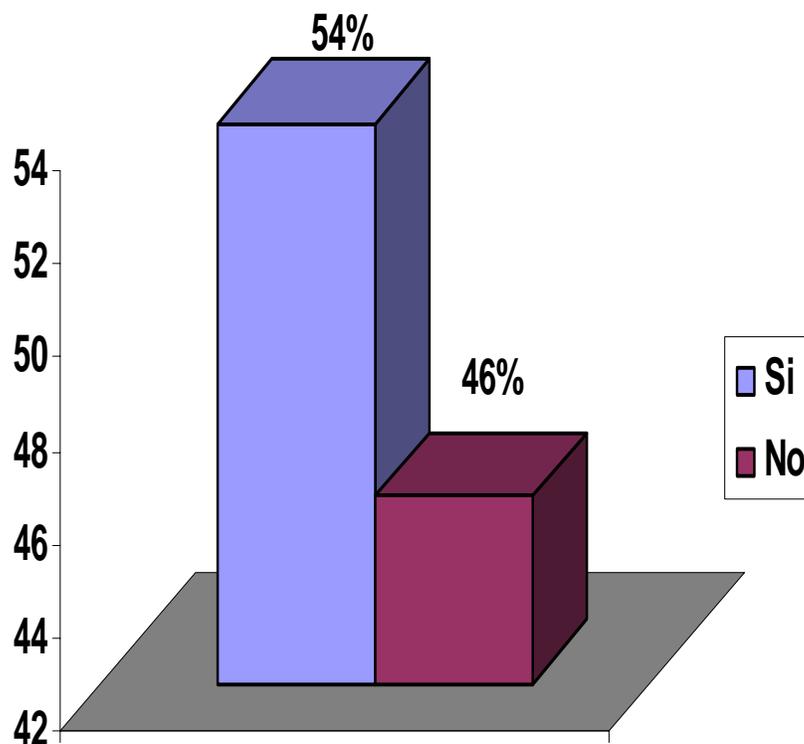
Por ultimo se obtuvo que un 63% de la población en estudio conoce las técnicas de abordaje en niños con parálisis cerebral y retardo mental al seleccionar la opción de controlar la hiperactividad con terapia tranquilizante (sedación) ya que según Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C., y Mendoza, A. (2002) es una técnica de control del dolor, es un nivel de conciencia deprimida que retiene la capacidad del paciente para conversar. El propósito de esta técnica es el de combinar con anestesia local a medicamentos que disminuirán y controlarán las reacciones del paciente al dolor, así como su aprensión, sin alterar sus reflejos protectores normales (p. 141)

Cabe destacar que para el indicador de “no conocen” el porcentaje mas elevado que se observo fue de 37% el cual corresponde las patologías de parálisis cerebral y retardo mental. Teniendo en cuenta que las técnicas de abordaje no son más que aquellos procedimientos que crean cambios en el comportamiento del niño, ampliando su destreza e incrementando autocontrol, disminuyendo o eliminando su ansiedad. El conocimiento y dominio de las diversas técnicas de adaptación llevaran al mejor abordaje psicológico del niño; ya que el odontólogo debe tener conocimiento teórico y un entrenamiento adecuado acerca de las técnicas de abordaje psicológico en niños.

### Cuadro 3

Distribución de Frecuencia y Porcentaje en relación al Dominio que poseen los Estudiantes del 5to Año sobre el Abordaje Odontológico de Los Niños con Necesidades Especiales.

| ITEMS | FA | FR  |
|-------|----|-----|
| Si    | 26 | 54  |
| No    | 22 | 46  |
| TOTAL | 48 | 100 |



*Grafico 3.* Distribución de frecuencia y porcentaje en relación al dominio que poseen los Estudiantes del 5to año en cuanto en Abordaje Odontológico de los Niños con Necesidades Especiales.

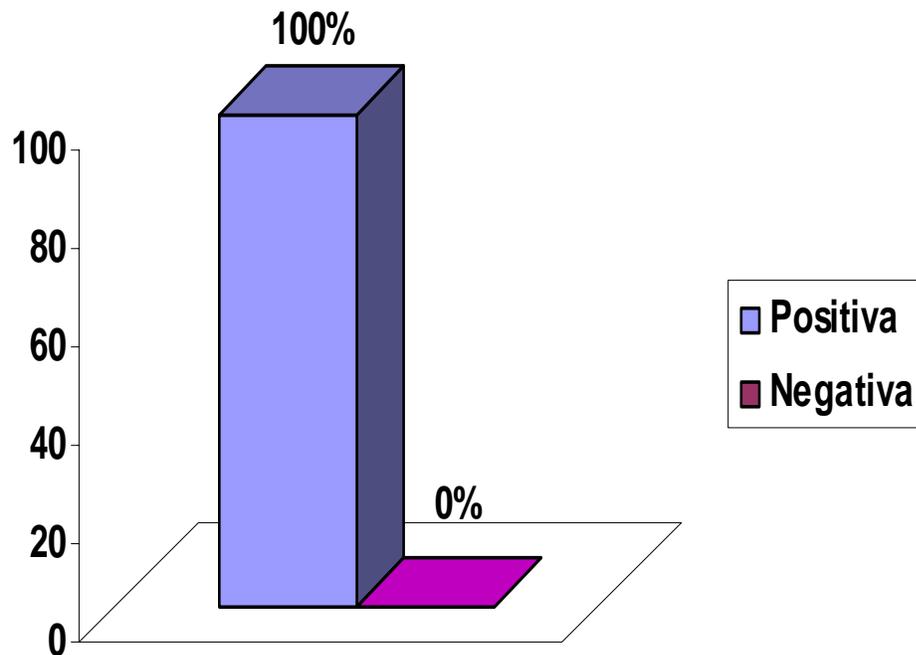
### **Análisis e Interpretación:**

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro 3 se obtuvo que el 54% de la muestra en estudio presenta dominio sobre el abordaje odontológico de los niños con necesidades especiales, considerando dominio como el conocimiento acertado de una ciencia, arte, idioma, etc.; y un 46% demostró no tener dominio en el abordaje odontológico de estos niños.

### **Cuadro 4**

**Distribución de Frecuencia y Porcentaje relacionado con La Experiencia Obtenida por el Estudiante del 5to Año con Respecto al Empleo Correcto de las Técnicas de Abordaje en La Consulta Odontológica.**

| <b>ITEMS</b>    | <b>FA</b> | <b>FR</b>  |
|-----------------|-----------|------------|
| <b>Positiva</b> | <b>48</b> | <b>100</b> |
| <b>Negativa</b> | <b>0</b>  | <b>0</b>   |
| <b>TOTAL</b>    | <b>54</b> | <b>100</b> |



**Grafico 4. Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con la experiencia obtenida por el estudiante del 5to año con respecto al empleo correcto de las técnicas de abordaje en la consulta odontológica.**

**Análisis e Interpretación:**

De acuerdo a los datos obtenidos, referido a la experiencia obtenida por los estudiantes del 5to año con respecto al empleo correcto de las técnicas de abordaje en la consulta odontológica, se consideró en un 100% que esta fue positiva mientras que el 0% no refirió lo negativo

## CONCLUSIONES

Partiendo de los objetivos específicos planteados en esta investigación, los cuales se desarrollaron secuencialmente haciendo especial énfasis en la indagación, interpretación y análisis de las fuentes consultadas las cuales sirvieron de base al presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

Con respecto al objetivo específico No 1, se observó que los estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología poseen conocimientos básicos sobre las diversas patologías que presentan los niños con necesidades especiales, teniendo un mayor porcentaje el autismo con un 96%, seguido del retardo mental (94%). En cuanto a la parálisis cerebral un 81% de los estudiantes de la muestra manifestó tener conocimiento, mientras que un 19% no poseen, por último el 77% demostró noción sobre el síndrome de Down y solo un 23% de los estudiantes no presenta dominio cognoscitivo del mismo.

En relación al conocimiento de las técnicas para el abordaje de pacientes con necesidades especiales se obtuvo que un 92% de los estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología, respondió de forma acertada la técnica para manejar a un niño con discapacidades auditivas, seguido de los trastornos visuales con un 87%. En el mismo orden de ideas el 81% de los estudiantes de la muestra indicó poseer conocimiento en el abordaje de pacientes con síndrome de Down y autismo; mientras que el 63% señaló conocer las técnicas para el trato conductual de pacientes con parálisis cerebral y retardo mental. Cabe destacar que estos resultados se encuentran por encima del 50% por lo que se infiere que los estudiantes del 5to año tienen buen dominio y conocimiento sobre las técnicas de abordaje en pacientes con necesidades especiales.

En cuanto a la experiencia del operador clínico, el 100% de los estudiantes de la muestra señaló que conociendo y empleando correctamente las diversas técnicas de abordaje odontológico, la experiencia sería positiva al momento de la consulta.

Después de haber concluido este trabajo de investigación, se puede decir que el conocimiento que poseen los Estudiantes de 5to año de Odontología de la Universidad de Carabobo, es satisfactorio sin embargo este debe ser más extenso, ya que se trata de futuros Odontólogos que deben aprender desde ahora a convivir con el niño con necesidades especiales en la consulta, para así poder despertar la sensibilidad, la razón y la verdadera disciplina que implica su atención.

## RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones que proponemos para mejorar la cátedra de Odontopediatría III se encuentran:

- Proponer incluir en el pensum de estudio la atención odontológica a los pacientes con necesidades especiales desde el cuarto año de la carrera odontológica.
- Diseñar un nuevo Plan de Evaluación en el Área Clínica de Odontopediatría III, para motivar e integrar al estudiante de 5to año de la Carrera a conocer y dominar las diversas técnicas de abordaje de los niños con necesidades especiales en la consulta odontológica.
- Reforzar y actualizar todos los conocimientos que poseen los Estudiantes del 5to año de Odontología mediante Foros, Seminarios y Cursos de Técnicas de Adaptación.

## BIBLIOGRAFIA

- Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C., y Mendoza, A. (2002). *Odontopediatría*. 2ª Edición. Barcelona. Editorial: Masson.
- Braham, R. y Morris, M., (1989). *Odontología Pediátrica*. 2º Edición. Buenos Aires. Editorial: Medica Panamericana.
- Carrasco, W. (2004, Agosto). *La psicología del niño en Odontopediatría*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.terra-salud.com>. [Consulta: 2004. Agosto 10].
- Halzate, E. (2006, Marzo). *Musicoterapia en Odontología*. [Documento en línea]. Disponible: [http://infotk.blogs.com/infotk/2003/10/msico\\_terapia.html](http://infotk.blogs.com/infotk/2003/10/msico_terapia.html). [Consulta: 2006, Marzo 10].
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P., (1991). *Metodología de la Investigación*. 3ª Edición. México. Editorial: Mc Graw – Hill.
- López, C. (2004, Septiembre). *Guía para el manejo del paciente pediátrico bajo sedación interactiva*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.encolombia.com/oropedido1/197.-guía de manejo9-6.htm](http://www.encolombia.com/oropedido1/197.-guía%20de%20manejo9-6.htm). [Consulta: 2004, Septiembre15].
- Mc Donald, R. (1990). *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. 3º Edición. Buenos Aires. Editorial: Panamericana.

Ravaglia, C. (2001, Mayo). *Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.webodontologica.com/odon\\_arti\\_asp\\_rav.asp](http://www.webodontologica.com/odon_arti_asp_rav.asp). [Consulta: 2004, Abril 14].

Tamayo y Tamayo, M. (2002). *El proceso de la Investigación Científica*. 4ª Edición. México. Editorial: Limusa.

# ANEXOS

## **ANEXO 1**



ODONTOLOGIA



UNIVERSIDAD DE CARABOBO

Facultad de Odontología

Dpto. Formación Integral del Hombre

**CARTA DE ACEPTACION DEL TUTOR DE CONTENIDO**

Yo, \_\_\_\_\_; Titular de la Cedula de  
Identidad N° \_\_\_\_\_, de Profesión \_\_\_\_\_

Por la presente hago constar que acepto asesorar en calidad de  
Tutor el Trabajo Final de Investigación elaborado por el (la)  
Ciudadano (a):

1.) \_\_\_\_\_ **C.I.** \_\_\_\_\_

2.) \_\_\_\_\_ **C.I.** \_\_\_\_\_

Cuyo Titulo es: \_\_\_\_\_

Dicha Tutoría comprende desde la elaboración del Proyecto de  
Investigación hasta la presentación y entrega del trabajo final.

En Barbula, a los \_\_\_\_\_, días del mes de \_\_\_\_\_ del  
2005.

Firma: \_\_\_\_\_

**C.I.**

## **ANEXO 2**

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
BÁRBULA – EDO. CARABOBO  
PRESENTE-

Valencia, \_\_\_ de Febrero del 2006

Nos dirigimos a usted con el fin de solicitarle su ayuda en el cumplimiento de los objetivos de la tesis de pre grado que lleva por título: *“Conocimiento que poseen los estudiantes de 5º año acerca de la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales que acuden al área de odontopediatría de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo en el período noviembre-diciembre 2005”*, que ésta siendo llevada a cabo por los Bachilleres *Zonnali Cirucci y Glanel Cordero*, estudiantes del 5to año de la carrera de Odontología, como requisito para obtener el título de Odontólogo.

Para cumplir dicho fin, se diseñó una **Prueba Objetiva** orientada a los estudiantes de 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, el cual anexamos y le pedimos que evalúen lo más sincero y objetivamente posible. Dicho instrumento contiene preguntas acerca de los conocimientos claves que poseen los estudiantes del 5to año de Odontología sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica.

Se anexo los Objetivos de la Investigación, el cuadro de operacionalización de variable, la prueba a evaluar y el Formato para validar el instrumento.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Atentamente;

---

GLANEL CORDERO

---

ZONNALI CIRUCCI

## **ANEXO 3**

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**DPTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE**  
**INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**PRUEBA OBJETIVA**

A continuación se le presenta una prueba, de opciones múltiples para el cumplimiento de nuestro objetivo de tesis de pre grado, titulada: *“Conocimiento que poseen los estudiantes de 5º año acerca de la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales que acuden al área de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el período Noviembre-Diciembre 2005”*. Seleccione la pregunta que usted considere la correcta, sea lo mas sincero posible. Le agradecemos dar respuesta a todas las preguntas. Los resultados de esta prueba van a ser de carácter anónimo y confidencial.

1. ¿Cómo se clasifica el retraso mental de acuerdo al coeficiente intelectual?
  - a) Leve- Moderado- De grave a profundo.
  - b) Incipiente –Moderado –Crónico.
  - c) Cooperador – No cooperador.
  - d) Ninguna de las anteriores.
  
2. Entre las características bucales y generales del paciente con síndrome de Down tenemos:
  - a) Maxilar superior grande, cráneo normal y cuello corto y ancho.
  - b) Lengua fisurada, piel y ojos normales.
  - c) Macroglosia, voz gutural, boca abierta y baja estatura.
  - d) Todas las anteriores son correctas.
  
3. Es característico en los pacientes con parálisis cerebral presentar:
  - a) Alteración del reflejo.
  - b) Falta de coordinación de los movimientos.
  - c) Hipotonía e Hipertonía
  - d) Todas las anteriores son correctas

4. ¿Cuál es el comportamiento social que presenta un niño autista?
- a) Respuesta normal a la estimulación.
  - b) Incapacidad para desarrollar una socialización normal.
  - c) Dóciles y colaboradores.
  - d) No presenta conducta estereotipadas.
5. ¿Cuál de las siguientes técnicas de abordaje odontológico Usted aplicaría a un niño con Autismo y Síndrome de Down?
- a) Reforzamiento positivo, control mediana de la voz, hablar con lentitud y con términos sencillos.
  - b) Hipnosis.
  - c) Todas las anteriores son correctas.
  - d) Ninguna de las anteriores es correcta.
6. Cree usted que la actitud inmanejable o no cooperador de algunos pacientes con parálisis cerebral y retraso mental requiere para su tratamiento de:
- a) Controlar la hiperactividad con terapia tranquilizante.
  - b) Usar estímulos fuertes.
  - c) Maximizar el tiempo de trabajo en el consultorio odontológico.
  - d) Todas las anteriores son correctas.
7. ¿Cuál de las siguientes técnicas usted usaría en el abordaje odontológico de un niño ciego?
- a) Decir-Mostrar-Hacer.
  - b) Mano sobre la boca.
  - c) Modelamiento.
  - d) Hablando con los niños.

8. En la atención odontológica de un niño sordo la técnica de abordaje ideal sería:
- a) Musicoterapia.
  - b) Modelamiento.
  - c) Hablando con los niños.
  - d) Todas las anteriores son correctas.
9. Paciente masculino de 10 años de edad, que durante la consulta odontológica se muestra agresivo, manipulador y no cooperador. Según los conocimientos que usted posee ¿cual es la conducta a seguir para el abordaje de este niño?
- a) Reforzamiento positivo.
  - b) Restricción física, mano sobre la boca.
  - c) Todas las anteriores son correctas.
  - d) Ninguna de las anteriores es correcta.
10. ¿Cree Usted que conociendo y empleando correctamente las técnicas de abordaje al momento de la consulta la experiencia sería?
- a) Positiva.
  - b) Negativa.**

**GRACIAS POR SU TIEMPO!**

## **ANEXO 4**



ODONTOLOGIA



UNIVERSIDAD DE CARABOBO

Facultad de Odontología

Dpto. Formación Integral del Hombre

### FORMATO PARA VALIDAR INSTRUMENTOS A TRAVES DE JUICIOS DE EXPERTOS

A continuación se le presentara una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a criterio, pertinencia, coherencia y claridad. Para ello, se presenta una escala de cuatro alternativas para que usted seleccione la que considere correcta.

Experto: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Escala: **A** (Muy Bueno) **B** (Bueno) **C** (Regular) **D** (Deficiente)

| ITEMS | CRITERIO | PERTINENCIA | COHERENCIA | CLARIDAD |
|-------|----------|-------------|------------|----------|
| 1     |          |             |            |          |
| 2     |          |             |            |          |
| 3     |          |             |            |          |
| 4     |          |             |            |          |
| 5     |          |             |            |          |
| 6     |          |             |            |          |
| 7     |          |             |            |          |
| 8     |          |             |            |          |
| 9     |          |             |            |          |
| 10    |          |             |            |          |

**JUICIO DEL EXPERTO:**

❖ El instrumento es pertinente según los objetivos planteados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

❖ Los ítems están claramente definidos según las variables descritas en el estudio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

❖ Observaciones Generales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

❖ Según su criterio el instrumento se considera \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL EXPERTO: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 5**

## **Bienaventuranzas de los Niños Especiales”**

- ...los que comprenden mi extraño paso al caminar y mis  
manos torpes ...
- ...los que saben que mis oídos tienen que esforzarse...para  
comprender lo que oyen...
- ...los que comprenden que aunque mis ojos brillan mi mente es  
lenta... ...
- ...los que miran y no ven la comida que dejo caer fuera del  
plato...
- ...los que con una sonrisa en los labios me estimulan a tratar una  
vez mas...
- ...los que nunca me recuerdan que hice dos veces la misma  
pregunta...
- ...los que me comprenden que me es difícil convertir en palabras  
mis pensamientos...
- ...los que me escuchan pues yo también tengo algo que decir...
- ...los que me respetan y ama como yo soy, tan solo como yo  
soy, y no como ellos quisieran que yo fuese...
- ...los que ayudan a mi peregrinar hacia la casa de mi Padre  
Celestial...