

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**MANEJO DE LA CONDUCTA DURANTE EL TRATAMIENTO
ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES CON RETRASO MENTAL EN EL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO. PRESENTACIÓN
DE DOS CASOS CLÍNICOS**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA**

PRESENTAN

**ARELY ARRIAGA AGUILERA
MARÍA ESTHER PORTILLA PERALTA**

**DIRECTORA: MTRA. OLGA TABOADA ARANZA
ASESOR: C.D. ESTEBAN GARCÍA DE ALBA Y JASSO**

Abril 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INDICE

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACIÓN	4
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	56
OBJETIVO	57
DISEÑO METODOLÓGICO	58
PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS	58
CONCLUSIONES	70
REFERENCIAS	72

INTRODUCCIÓN

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

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

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

Buena parte de la confusión y de la falsa interpretación alrededor del término no-inteligencia se ha extendido al estudio del retraso mental. El resultado ha sido que la etiqueta del retrasado mental con frecuencia se entiende mal no solamente entre la población en general, sino hasta entre los profesionales. Esta percepción brota directamente del antiguo concepto de inteligencia fija. Por consiguiente, muchas personas conciben a la persona retrasada como incapaz de aprender absolutamente nada sin embargo, este tipo de personas, dependiendo del grado de severidad del trastorno pueden ser rehabilitados a través de lo cual pueden lograr independencia y autonomía.

En México, poco más del 40% de la población es menor de 18 años. La

prevalencia de los problemas de salud mental de la población infantil urbana que tiene entre 3 y 12 años se ha estimado que la padece en un 16% mediante el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC), se ha encontrado que a mayor edad la proporción de personas con esta alteración va en aumento.

De acuerdo con la literatura, la demanda en las instituciones de salud mental es de población infantil, debido a que los padres acuden en busca de ayuda por los síntomas y manifestaciones de externalización, como la hiperactividad, la impulsividad y otros síntomas de conducta desorganizada, reportados como más frecuentes y a los que con mayor premura se acude. A su vez, las manifestaciones de internalización incluyen principalmente las relacionadas con la angustia, los estados alterados de ánimo, y para estas se reconoce un mayor retraso de la atención.

En el campo estomatológico, según datos de la Organización Mundial de la Salud, dos terceras partes de la población portadora de deficiencia mental no recibe atención bucodental alguna y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para éste grupo de población no incluye su rehabilitación bucodental.

El objetivo de cualquier programa de rehabilitación y entrenamiento para el retardado mental es aumentar la capacidad funcional total del paciente. Es obvio que un paciente con deterioro intelectual puede tener más reducidas sus potencialidades por defectos y problemas físicos. Sólo en las dos últimas décadas se ha entendido mejor la forma en que el trastorno mental repercute en la salud bucodental y un tratamiento integral puede tener un efecto contribuyente en el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

El realizar el servicio social en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” permitió tener la experiencia en el tratamiento de pacientes con trastornos de tipo mental entre ellos pacientes con Retraso Mental.

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, único en su género, fue

inaugurado el 24 de octubre de 1966. Otorga desde entonces atención primaria, promoción de la salud mental e identificación temprana, la cual se proporciona de forma continua e integral.

El servicio dental interviene en la prevención y tratamiento de alteraciones bucales, este cuenta con dos consultorios en los cuales se atiende a pacientes de bajos recursos que presentan trastornos mentales de distintos grados de severidad y que en la práctica privada son rechazados por el desconocimiento del manejo de este tipo de pacientes, o los padres rechazan el tratamiento por su alto costo.

Por lo que el propósito de este trabajo, es dar a conocer el manejo estomatológico que se sigue en pacientes con retraso mental en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" debido a que la filosofía del hospital es que el retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiere su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.

En este contexto, del total de pacientes que como prestadoras de servicio social se atendieron, se eligieron dos casos representativos, uno de retraso mental ligero y otro de retraso mental profundo, por ser de los pocos en que las madres de estos pacientes mostraron interés en la atención de sus hijos y por lo tanto concluyeron el tratamiento integral.

El propósito de toda intervención médica a largo plazo es el de minimizar el impacto actual y futuro de la enfermedad en la vida de una persona y maximizar la calidad de vida, incluyendo la de su familia y amigos. El objetivo es que los pacientes alcancen el más alto nivel del funcionamiento independiente normal.

JUSTIFICACIÓN

Las creencias y conceptos acerca del retraso mental han ido evolucionando con el paso del tiempo, y hoy en día continúa en su evolución. En la actualidad, según la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR), el retraso mental es considerado como *“limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años”*.¹

Esta limitación refleja las consecuencias de la deficiencia al apartar del rendimiento funcional y por lo tanto, de la actividad del individuo; aún cuando no es preciso; existen elementos para afirmar que la discapacidad tiende a aumentar no sólo en números absolutos resultado del incremento poblacional, sino también como resultado del cambio demográfico social y epidemiológico. Lo anterior significa que el aumento de la discapacidad se puede deber a la disminución de la mortalidad, los cambios en los patrones de morbilidad, el incremento de la esperanza de vida al nacer y hasta la reducción de la fecundidad.

Esta condición afecta no únicamente a la persona, sino también al núcleo familiar y a la comunidad de la que forma parte; estas personas no presentan sólo una limitación física en sus funciones también muestran en muchos casos un desajuste psicológico y una limitación en su desarrollo socioeconómico, educativo y cultural.

La Organización Panamericana de la Salud señala que la discapacidad es un problema social, y advierte que el riesgo y la presencia de esta aumenta con la

edad; además que su prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas; además que los servicios ofrecidos a estas personas por las instituciones gubernamentales son limitadas.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en los noventa estimó que aproximadamente el 10% de la población mundial tiene alguna discapacidad, variando según el país. En algunos países el 90% de los niños con discapacidad no viven más de 20 años. Cada año en el mundo, a causa de la desnutrición un millón de niños se convierte en discapacitado.

El XII Censo General de Población y Vivienda 2000, consideró 5 tipos de discapacidad: motriz, visual, *mental*, auditiva y del lenguaje, agrupando el resto de los tipos en una categoría denominada otro tipo de discapacidad.

El censo de 2000, reveló que en el país había un millón 795 mil personas con discapacidad, lo cual representó el 1.8 por ciento de la población total. Dicha cantidad fue desglosada por sexo, presentándose de la siguiente manera; del total de discapacitados, el porcentaje de hombres 52.6 por ciento, mientras que el de mujeres 47.4 por ciento.

Existen algunas entidades donde se tiene mayor necesidad de atención, dada la concentración de personas con discapacidad. El Estado de México tiene la mayor concentración porcentual con el 10.5, seguido por el Distrito Federal con 8.9 por ciento, Jalisco con 7.7 puntos porcentuales y Veracruz con 7.6 por ciento; por el contrario los estados con menor porcentaje de población discapacitada son Baja California con 0.4 por ciento, Tlaxcala, Quintana Roo y Colima con 0.7 por ciento cada uno.

La discapacidad mental es caracterizada por un funcionamiento intelectual y de comportamiento inferior al promedio; existen varios niveles que van desde leve, moderado, severo o profundo.

La discapacidad mental tiene su origen en un 53.7% en el nacimiento y 20% por enfermedades. ^{2,3} Dadas estas condiciones epidemiológicas, el papel a desempeñar por parte de los Cirujanos Dentistas resulta de vital importancia, si en realidad se busca brindar tratamiento integral al paciente que vive con retraso mental.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud reporta que entre las primeras causas de morbilidad psiquiátrica se encuentra el retraso mental. Ocupando según Benassini, el octavo lugar con el 1% con respecto a las otras patologías.⁴

Cuadro 1. Frecuencia y distribución de las demencias

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

Tomado de Benassini⁴

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

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

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

Los métodos utilizados para definir los niveles de retraso mental difieren entre uno y otro sistema, los cuales consideran el CI para determinarlo, este se obtiene dividiendo la edad mental (EM), que representa el nivel de realización, entre la edad cronológica (EC) y multiplicando el resultado por 100, de modo que un niño de 8 años de edad (EC = 8,0) para quien la prueba psicométrica demuestre un nivel de realización equivalente a 4 años de edad (EM = 4,0) tendría un coeficiente intelectual de 50:

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

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

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

Los pacientes con retraso mental y considerando el CI se distribuyen de la manera siguiente:

CI	Porcentaje
< 50	60%
50-70	20%
> 70	29%

Adultos

Categoría	CI
Fronterizo	68-83
Leve	52-67
Moderado	36-51
Grave	20-35
Profundo	< 20

Niños

Categoría	CI
Leve	55-69
Moderado	40-54
Severo	25-39
Profundo	<24

Clasificación Internacional. Tomado de: Juárez L⁶

Cabe aclarar que la clasificación de severidad del retraso mental puede ser usada cuando existe una fuerte suposición de retraso mental, pero la inteligencia de la persona es inestable en las pruebas estándar, lo cual ocurre con individuos dañados o no cooperadores como los niños.⁵

Otro método para definir la gravedad del retraso mental es la CIE-10 que define estos niveles con puntos de corte exactos: Leve entre 50 y 69, moderado entre 35 y 49, grave entre 20 y 34, y profundo por debajo de 20. En cambio el DSM IV se caracteriza por un mayor grado de flexibilidad al relacionar la gravedad del trastorno con la puntuación del CI, formando un espectro solapado y teniendo en cuenta, a su vez, el nivel de adaptación del individuo.⁷

De acuerdo al grado de severidad del retraso mental cada uno de estos presenta ciertas características a saber:

Retraso mental profundo

Constituyen el 1-2% de la población afectada y tienen un CI inferior a 20. Presentan un gran número de anomalías tanto corporales como psíquicas que les dan un aspecto característico. Los retrasados mentales profundos no llegan a comunicar verbalmente su pensamiento, ni a comprender el pensamiento expresado por los demás. En los casos más profundos son incapaces para valerse en los actos corrientes de la vida. Durante la niñez muestran un considerable deterioro de las funciones sensomotoras. El desarrollo óptimo de estos pacientes puede ocurrir en una alta estructura del medio ambiente con constante ayuda y supervisión, desarrollo motor y cuidado personal así como de habilidades para comunicarse pueden mejorar si se proporciona la enseñanza correcta, estos pacientes pueden hacer algunas tareas simples siempre y cuando estén supervisados.

Retraso mental severo

Este grupo está constituido por el 3-4% de los individuos con diagnóstico de retraso mental. Durante la niñez temprana, adquieren poco o ningún dialogo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser disciplinados para adquirir destreza en sus cuidados personales, familiarizarse con el alfabeto y simples operaciones matemáticas y en algunos casos leer oraciones o palabras elementales.

En su vida adulta son capaces de realizar tareas simples en cercanía de algún instructor. Se adaptan bien a la vida de su comunidad en grupo de los que viven en su casa o con familiares, salvo que tengan algún impedimento asociado al retraso mental que requiera cuidado de una enfermera o de otro tipo.^{8,9}

El retraso mental severo con frecuencia se descubre por un desarrollo motor muy lento y por la apatía general que lo caracteriza por las actitudes motoras gruesas como dar vuelta horizontalmente, sentarse y andar.

Retraso mental moderado

Este grupo constituye el 10% de la población afectada. Los individuos con este nivel de retraso mental adquieren la capacidad de comunicarse desde temprana edad. Ellos pueden encargarse de su cuidado personal bajo la supervisión de alguien y adquirir habilidades en el área social y ocupacional pero no es probable que lleguen a más de los primeros años de educación básica. Pueden aprender a viajar de manera independiente a lugares cercanos o conocidos por ellos. En la edad adulta la mayoría son capaces de realizar trabajos que no requieren mucha habilidad pero bajo la supervisión de un superior. Se adaptan bien a la vida en la comunidad bajo ciertos cuidados.⁸

El retraso mental moderado no se diagnostica sino hasta que el niño esta entre los dos y cuatro años de edad, cuando los padres notan la diferencia del desarrollo con otros niños de su edad. Una base muy importante para el

diagnóstico es el lenguaje, pero el retraso del lenguaje por sí solo no es una prueba clara de retraso mental.

El procedimiento ordinario de detección en el caso de retraso mental moderado, severo o profundo, es cuando los padres adviertan cierta característica en su niño y lo presenten a algún médico, que a su vez lo remite generalmente a un especialista, ya sea el psicólogo o el psiquiatra para que se aclare el diagnóstico.^{9, 10}

Retraso mental ligero

Constituye el 85% de la población afectada. Los pacientes con retraso mental ligero presentan un deterioro mínimo en áreas sensomotoras así como control de esfínteres y con frecuencia no son fáciles de diferenciar de un niño sin este padecimiento sólo hasta una edad mayor.⁸

A los niños ligeramente retrasados no se les suele diagnosticar sino hasta que llegan a la edad escolar. Estos niños asimilan aptitudes básicas como el hablar, el andar así como las sociales casi al mismo tiempo que el niño normal, o quizás con un muy ligero retraso y por lo tanto, los padres no sospechan nada. El retraso mental se hace notorio en la escuela, durante los primeros tres años pueden ir al parejo de los demás alumnos, pero poco a poco se van rezagando porque sus percepciones sensoriales son incompletas y mal diferenciadas, su atención es lábil, su imaginación pobre y su juicio deficiente. El niño que no es identificado a tiempo es víctima de las exigencias de sus padres y maestros. Esto puede ser la causa de inhibiciones profundas, hostilidad y agresividad que dan a su conducta un carácter antisocial.^{9, 10}

La mayoría de los niños ligeramente retrasados no presentan ningún desorden médico excepcional que pueda explicar su pobre rendimiento escolar.¹¹

El retraso moderado, grave y profundo son considerados como problemas principalmente médicos, por lo que el tipo de diagnóstico que se lleva a cabo es de carácter médico, es decir, el psiquiatra es el que determina que el niño

tiene un síndrome o que el niño ha sufrido una lesión cerebral en el momento de nacer, por el contrario, el retraso ligero se considera en la mayoría de los casos como un problema de educación.¹⁰

Una derivación de la clasificación de retraso mental importante para la evaluación que se haga del paciente con retraso mental es la del pronóstico educativo y social, que si bien se basa en la medición del CI, es utilizada ampliamente en la ubicación del niño para su rehabilitación educativa y vocacional, ésta clasificación divide a los niños en:

CI	Nivel
50 - 79	Educable
25 - 49	Entrenable
> 25	No entrenable

Clasificación de habilidades de rehabilitación Tomado de Kamen⁵

A los pacientes con retraso mental educables se les considera capaces de una educación especial, mientras que los entrenables sólo pueden realizar tareas sencillas, sin poder beneficiarse de los ejercicios académicos.

Los pacientes con retraso mental profundo son considerados en la categoría de no entrenable, los de retraso mental severo y moderado entran en la categoría de entrenable y los pacientes con retraso mental ligero en la categoría de educable.⁵

El código diagnóstico específico para retraso mental se selecciona a partir del nivel de gravedad y se codifica en el Eje 2. Si el retraso mental esta asociado a otro trastorno mental –por ejemplo trastorno autista- el trastorno mental adicional se codifica en el Eje 1. Si el retraso mental se asocia a alguna enfermedad médica –por ejemplo el Síndrome de Down-, la enfermedad se codifica en el Eje 3.⁷

Como puede observarse, existen múltiples clasificaciones, pero entre todas, la más consensuada es la de la AAMD que lo resume en tres categorías:

1. Resultados de pruebas de inteligencia

El retraso mental en muchos casos ha sido definido con pruebas estadísticas, es decir, todo aquel que tenga un CI inferior a cierto nivel generalmente fijado en 70, estará considerado como retrasado mental, no obstante, los intentos por definir el retraso mental exclusivamente en función del CI parecen estar cometiendo un error, el problema con este enfoque radica en que no siempre hay una buena relación entre el rendimiento en una prueba de inteligencia y el nivel general de adaptación del niño. Se dan muchos casos en los que el niño que tiene bajo CI, parece adaptarse de manera satisfactoria al ambiente. Pero tal vez la acusación más seria en contra de uso de pruebas de inteligencia para definir el retraso mental es la que siempre estas pruebas discriminan a los niños marginados, especialmente a los de minorías raciales.

2. Un mal rendimiento social

Cuando el retraso mental se define en términos de conducta, el único que puede hacer un diagnóstico técnicamente adecuado es el psicólogo, quién debe ser el primero en realizarlo; la edad a la que se debe hacer el diagnóstico depende de la severidad del retraso; pero si el retraso es profundo, si está acompañado de anormalidades físicas evidentes o si es parte de un síndrome específico, entonces el pediatra suele ser quien declara mentalmente retrasado al niño desde el momento de nacer.

Entre las objeciones a esta clasificación se encuentra el que esta definición de retraso del fracaso social, es el que las definiciones de adaptación pueden tener otras causas además de una capacidad mental deficiente. Hay muchas personas cuyos problemas emocionales interfieren en su habilidad para vivir independientemente y como muchos casos de posible retraso mental se complican con problemas emocionales.

Por lo que otros autores prefieren definirlo en función de que tan bien se adapta el individuo al medio ambiente y a la cultura.

Tredgold (1937) y Beda (1954) dicen que una persona retrasada es aquella que al llegar a la edad adulta no es capaz de llevar una vida independiente.

Algunas personas pueden presentar aptitudes para ciertas actividades de la vida diaria y dificultades para aspectos académicos, Kranner (1957) distingue entre debilidad mental relativa y debilidad mental absoluta.

La debilidad mental absoluta hace referencia a los individuos que se encuentran altamente impedidos en su funcionamiento mental que, en cualquier cultura serán tenidos como retrasados mentales.

La debilidad mental relativa se refiere a sujetos con impedimentos para sociedades complejas, pero que no tienen ningún impedimento para las sociedades más simples.

3. La causa o naturaleza esencial del retraso mental.

Una tercera manera de definir el retraso mental se basa en consideraciones teóricas acerca de la causa o naturaleza esencial del retraso el mejor ejemplo de este enfoque es el de una definición muy generalizada en la Unión Soviética:

“Los niños mentalmente retrasados. . . han sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero o durante los primeros años de la vida, lo cual ha perturbado el desarrollo normal del cerebro y producido serias anomalías en el desarrollo mental. . . el niño mentalmente retrasado se distingue marcadamente del niño normal por el ámbito de ideas que puede comprender, y por el carácter que tiene su percepción de la realidad.”

Por consiguiente, para Luria la lesión cerebral es esencial para el retraso mental.¹²

La dificultad de esta clasificación es que excluye a niños y adultos que probablemente deberían ser tenidos por retrasados mentales. Hay individuos que funcionan a un nivel obviamente retrasado y que sin embargo no dan ninguna muestra de defecto en su sistema nervioso; algunos autores como Luria sostiene que la misma conducta retrasada es ya una primera prueba de cierto defecto en el sistema nervioso, pero ésto es precisamente lo que hay que probar.¹¹

Dentro de la definición de retraso mental por causas biológicas se encuentra la de State y colaboradores (1997) cuya clasificación es en base a los mecanismos genéticos y del desarrollo del fenotipo, dentro de los cuales se encuentran síndromes como:

Angelman

Se presenta severo retraso mental, ataxia, ataques de risa y ausencia del habla.

Prader-Willis

Se nota memoria visual y memoria a largo tiempo disminuidas en niños y adolescentes. Muestran conductas mal adaptativas significativas no relacionadas con la comida incluyendo conductas obsesivas y compulsivas, piel rasguñada, inestabilidad emocional, alteraciones de sueño y disposición a hacer rabieta.

Williams

Es un desorden genético raro caracterizado por retraso mental, estenosis de la aorta supra vulvar, hipercalcemia infantil y deficiencia en el desarrollo, cara de

duende, debilidad en destreza visual e integración visual-motora, problemas de lenguaje, alteraciones de sueño y trastornos alimenticios.

X Frágil

Puede definirse esquemáticamente como “ la causa más común de retraso mental heredado” es un defecto genético asociado a la falta de una sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma X, la prevaencia mayor se da en varones con la presencia de retraso mental leve, su memoria se dificulta a largo plazo con problemas de visión y falta de coordinación visual-motora y disminución de los procesos secuenciales en matemáticas y la atención, pero por el contrario muestra una coherencia de memoria verbal a largo plazo.

Down

Es el resultado de una distribución cromosómica errónea en la formación del espermatozoide o del óvulo. Ese error de separación en la pareja de cromosoma 21 sobreviene antes de la fecundación, este síndrome es la causa de retraso mental moderado y severo mas difundido.¹¹

Retraso mental por causa hereditaria

Es definido como un padecimiento que tiene como antecedente el haberse presentado en alguno de los padres o familiares en línea directa.

Etiología del retraso mental

Entre las múltiples causas del retraso mental se encuentran más de doscientas formas etiológicas. Sin embargo, en muchas ocasiones es difícil llegar a conocer la etiología específica, sobre todo en los niños menos afectados (CI > 45). Pero la mayoría de las veces se puede relacionar con factores prenatales, perinatales y postnatales. Este enfoque etiológico conlleva la doble ventaja de una actuación preventiva y terapéutica precoz, que sería la solución ideal del

problema planteado por el retraso mental.

Causas:

1. Genopatías y cromosomopatías.

2. Embriopatías y fetopatías

Infecciones (embriopatía rubeólica, listeriosis, citomegalovirus).

Factores endocrinos (embriopatía tiroidea).

Factores metabólicos (embriopatía diabética).

Alteraciones nutritivas y vitamínicas.

Tóxicos.

Factores mecánicos y radiaciones.

3. Causas perinatales y neonatales

Prematuridad y recién nacidos de bajo peso.

Hipoxia perinatal y postnatal.

Trauma obstétrico.

Hemorragia intracraneal.

Hiperbilirrubinemias.

Hipoglucemias, acidosis, infecciones (meningitis, encefalitis).

4. Factores postnatales

Infecciones (meningitis, encefalitis, vacunaciones).

Metabolopatías (hipoglucemia, hipercalcemia).

Endocrinopatías (hipotiroidismo).

Convulsiones.

Hipoxia (cardiopatías congénitas, paro cardíaco, aspiración).

Intoxicaciones (monóxido de carbono, plomo, mercurio).

Traumatismos craneoencefálicos.

Carencia afectiva (estimulación ambiental deficiente).^{6, 13}

Prevalencia de los trastornos psiquiátricos

Los reportes de investigación sobre la frecuencia de los trastornos psiquiátricos reportan diversas prevalencias, de acuerdo con De la Fuente y colaboradores, se dice que para hacer una estimación de los trastornos mentales que afectan a la población se dispone de tres fuentes de información: las instituciones de atención especializada, como los hospitales psiquiátricos, los asilos y otros servicios asistenciales públicos y privados; los servicios de consulta externa de los hospitales generales y de las unidades de salud de primer nivel de atención y la comunidad.

Aún cuando la información es escasa para un país y para un sistema de salud del tamaño del nuestro, sí contamos con información sobre la morbilidad mental, procedente de estas tres fuentes.¹⁴

En 1960 la Secretaría de Salud publicó la Primera Investigación Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas en los servicios médicos e informó de una prevalencia general de 4.4% de trastornos de esta índole entre la población estudiada.¹⁵

Dos encuestas posteriores (1964, 1968), la primera en burócratas y la segunda en población del sector militar de la Ciudad de México, propusieron prevalencia notablemente mayores, de 33 y 23% respectivamente.¹⁴

Durante la realización de la Primera Encuesta Nacional de Adicciones 1988, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud Mental en una muestra de 2025 adultos de entre 12 y 65 años de edad, que respondieron a un cuestionario estandarizado que exploraba importantes áreas de psicopatología. Algunos de los resultados destacan la magnitud e importancia de los problemas psicóticos 2.8%, la epilepsia 3.7%, la depresión 5.3% y los trastornos obsesivos 2.5%.¹⁶

En las encuestas en hogares de 1994, de Caraveo y Medina Mora, se reportó una prevalencia general de trastornos psiquiátricos de 36%. Las tasas para cada 100 habitantes adultos fueron: agorafobia, 2.6; fobia social, 2.6; fobias específicas, 4.7; pánico, 1.9; ansiedad generalizada, 3.2; trastorno obsesivo compulsivo, 1.3; manía, 1.2; depresión, 8.0 y distimia 4.3. Esos autores proponen que la prevalencia global de los *trastornos mentales* de la población mexicana es de alrededor de 25%, y que predominan los trastornos depresivos, la ansiedad y la adicción al alcohol.¹⁷

Los diagnósticos encontrados en la Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados realizada por Caraveo y col. con una población en la cual el 60% eran hombres y el 40% mujeres fueron: esquizofrenia 32%, *retraso mental* 32%, psicosis orgánica crónica 28%, epilepsia 12%, dependencia de las drogas 7%, dependencia del alcohol 6%, demencias 4%.¹⁴

Gutiérrez y Tovar (1984) en los servicios de medicina general y especializada, en una muestra de la consulta externa de 11 hospitales psiquiátricos, encontraron que entre 1973 y 1978 los diagnósticos más frecuentes fueron la epilepsia, la esquizofrenia, la neurosis y el retraso mental.¹⁸

En 1986 Gutiérrez y Barilar publicaron cifras ilustrativas de los principales trastornos mentales atendidos en unidades de primer nivel de atención de la Ciudad de México. Indicaron que los trastornos más frecuentes en el año de 1981 habían sido los de la conducta infantil, los transitorios de adaptación y el retraso mental. Esta muestra incluyó un alto porcentaje de pacientes con "síntomas especiales no clasificables", que incluyeron trastornos específicos del aprendizaje.¹⁹

Farmacoterapia

A la paidopsiquiatría le corresponde la misión de orientar e informar adecuadamente a los padres, teniendo en cuenta las características particulares de cada familia, sus actitudes, personalidad, nivel sociocultural y socioeconómico, exigencias y nivel de aspiraciones de los mismos. Además, ha de continuar resolviendo los diversos problemas de conducta que plantea el niño y su familia en las distintas edades y que dificultan la vida social del paciente en la edad preescolar, edad escolar, pubertad y adolescencia. El médico psiquiatra es el responsable del tratamiento farmacológico *si el paciente con retraso mental lo requiere por alguna enfermedad sistémica asociada.*

Los Cirujanos Dentistas como parte del equipo de salud tienen la responsabilidad de interactuar con el médico especialista para tener información sobre la posible interacción medicamentosa en la aplicación de tratamientos simultáneos en el paciente.

Tradicionalmente, el tratamiento de los problemas de conducta, antes de la introducción de los procedimientos conductuales en 1964, tenía una orientación farmacológica, y se basaba en el tratamiento tradicional de los desórdenes psicóticos.²⁰

La principal modalidad de tratamiento en los primeros años era la administración de sedantes y tranquilizantes mayores, que actuaban como restricciones químicas. Los tranquilizantes mayores son las medicaciones utilizadas con mayor frecuencia para reducir los problemas de conducta, aunque la evidencia de su valor es más sugestiva que conclusiva.

La razón que subyace a su éxito parcial no se ha definido, pero probablemente se deba en buena medida a sus propiedades sedantes, que tienden a deprimir toda conducta activa de una forma no específica, incluyendo los problemas de conducta.

Otros agentes farmacológicos, como los antidepresivos, benzodiazepinas, antagonistas narcóticos (naloxona, naltrexona) y Litium se han venido utilizando para tratar los problemas de comportamiento graves (autolesión, heteroagresión, hiperactividad...) ^{21, 22}

El uso crónico de medicaciones psicotrópicas se ha asociado recientemente con muchos efectos extrapiramidales, distonía, diskinesia tardía, pudiendo ser los más prevalentes en la población con retraso mental, así como los referidos al funcionamiento conductual adaptado. Altas dosis de cualquier medicación anticonvulsivante o psicotrópico pueden deteriorar el aprendizaje, funcionamiento cognitivo y conducta adaptativa.²³

Tradicionalmente los medicamentos más utilizados son:

Carbamazepina

Las indicaciones terapéuticas: es en caso de epilepsia, crisis complejas o simples (con o sin la pérdida de la conciencia) con o sin generalización secundaria y crisis generalizadas tónico-clónicas y formas mixtas de convulsiones. Manía aguda y tratamiento de mantenimiento de trastornos afectivos bipolares para prevenir y atenuar recurrencias, síndrome de abstinencia alcohólica, neuralgia idiopática del trigémino y la neuralgia del trigémino debido a esclerosis múltiple, neuralgia glossofaríngea idiopática, neuropatía diabética dolorosa, diabetes insípida central, poliuria y polidipsia de origen neurohormonal.

Después de la administración de una dosis oral única de 400 mg de carbamazepina, 72% es excretado en la orina y 28% en las heces. En la orina, aproximadamente 2% de la dosis es recuperada sin cambio y alrededor de 1% como el metabolito farmacológicamente activo 10, 11-epóxido, la carbamazepina es metabolizada en el hígado.

Después de una dosis oral de carbamazepina, aproximadamente 30% aparece en la orina como producto final.

El mecanismo de acción de la carbamazepina, sustancia activa sólo ha sido parcialmente dilucidado. La carbamazepina estabiliza las membranas nerviosas hiperexcitadas, inhibe las descargas neuronales y reduce la propagación sináptica de los impulsos excitatorios. Es posible que la prevención de descargas repetitivas de potenciales de acción dependientes de sodio en neuronas despolarizadas vía uso y bloqueo de los canales de sodio voltaje dependientes sea el principal mecanismo de acción.

Mientras que la reducción del glutamato y la estabilización de las membranas neuronales pueden ser los responsables de los efectos antiepilépticos, el efecto depresor de la producción de dopamina y de la noradrenalina puede ser responsable de las propiedades antimaniacas de la carbamazepina.

Las contraindicaciones de la carbamazepina es la hipersensibilidad a la misma y a fármacos estructuralmente relacionados, por ejemplo, antidepresivos tricíclicos. Pacientes con bloqueo auriculoventricular, con antecedentes de depresión de médula ósea o antecedentes de porfiria intermitente aguda no deberán ser tratados con carbamazepina.

Debido a que es estructuralmente similar a los antidepresivos tricíclicos, el uso de carbamazepina no se recomienda en combinación con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Los IMAO deberán ser discontinuados por un mínimo de 2 semanas o por más tiempo si la situación clínica lo permite, antes de administrar carbamazepina.

Las reacciones secundarias y adversa se dan particularmente al inicio del tratamiento con carbamazepina, o si la dosis inicial es muy alta, o cuando se están tratando pacientes de edad avanzada, pueden llegar a ocurrir ciertos tipos de reacciones adversas relacionadas con el SNC (mareo, cefalea, ataxia, somnolencia, fatiga y diplopía), alteraciones gastrointestinales (náusea y vómito), así como reacciones alérgicas dermatológicas.

Las reacciones adversas relacionadas con la dosis generalmente ceden en pocos días, ya sea de manera espontánea o después de una disminución transitoria de la dosis. La ocurrencia de reacciones adversas relacionadas con el SNC puede ser manifestación de una sobredosis relativa o una fluctuación significativa en los niveles plasmáticos. En dichos casos, es aconsejable monitorear los niveles plasmáticos.

Combinaciones a considerarse: La coadministración de carbamazepina y el paracetamol puede disminuir la biodisponibilidad del paracetamol-acetaminofén.

Se ha reportado que el uso concomitante de carbamazepina e isoniacida puede aumentar la hepatotoxicidad inducida por isoniacida.

El uso combinado de carbamazepina y litio o metoclopramida por un lado, y la carbamazepina y los neurolépticos -haloperidol, tioridazina- por el otro, puede conllevar a mayores reacciones adversas neurológicas con la última combinación, aún en presencia de niveles plasmáticos terapéuticos. La medicación concomitante con carbamazepina y algunos diuréticos como la hidroclorotiazida, furosemida, puede conllevar a la hiponatremia sintomática.

La carbamazepina puede antagonizar los efectos de los relajantes musculares no despolarizantes, por ejemplo, pancuronio, Es probable que su dosis tenga que aumentarse. Los pacientes deben ser monitoreados de cerca para una recuperación más rápida del bloqueo neuromuscular que el esperado. La carbamazepina, al igual que muchos otros fármacos psicoactivos, puede disminuir la tolerancia al alcohol. Es aconsejable recomendarle al paciente abstenerse del consumo de alcohol.

Haloperidol

Indicaciones terapéuticas: Como agente neuroléptico; alucinaciones en esquizofrenia aguda y crónica, paranoia, confusión aguda, alcoholismo (psicosis de Korsakoff), alucinaciones hipocondríacas, alteraciones de la

personalidad como paranoia esquizoide, conducta antisocial, fronterizo y otras personalidades.

Como un agente antiagitación psicomotora: manías, demencia, retraso mental, alcoholismo.

Alteraciones de la personalidad: Personalidad compulsiva, paranoide, histriónica y otras.

Agitación, agresividad e impulso errante en ancianos; alteraciones de conducta y carácter en niños, movimientos coreicos.

Como coadyuvante en el tratamiento de dolor crónico severo, en base a su actividad límbica, el haloperidol permite reducir la dosis de un analgésico (generalmente un morfinomimético) con frecuencia, por lo que es el medicamento de elección si los medicamentos clásicos para náusea y vómito son insuficientemente activos.

Contraindicaciones: estado comatoso, depresión del sistema nervioso central debido al alcohol y otros fármacos depresores, enfermedad de Parkinson, hipersensibilidad conocida a haloperidol y lesión de los ganglios basales.

Las interacciones medicamentosas y de otro género al igual que todos los neurolépticos, puede incrementar la depresión del sistema nervioso central producida por otros fármacos depresores, incluyendo alcohol, hipnóticos, sedantes o analgésicos potentes. Se ha reportado un efecto incrementado al SNC cuando se combina con metildopa.

Metilfenidato

Las indicaciones terapéuticas del metilfenidato es para el trastorno de déficit de la atención-hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés): El ADHD fue conocido previamente como un padecimiento de déficit de atención o como disfunción cerebral mínima. Otros términos utilizados para describir este

síndrome conductual incluyen: padecimiento hiperquinético, daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima, disfunción cerebral menor y síndrome psico-orgánico en niños.

El Metilfenidato está indicado como parte de un programa de tratamiento comprensivo que típicamente incluye medidas psicológicas, educativas y sociales que están enfocadas a estabilizar a los niños con un síndrome de comportamiento caracterizado por distractibilidad moderada a severa, periodos de atención corta, hiperactividad, labilidad emocional e impulsividad. El diagnóstico deberá ser establecido de acuerdo con los criterios del DSM-IV, o los lineamientos en el ICD-10. Signos neurológicos no localizados (suaves), discapacidad para el aprendizaje y EEG anormal pueden o no estar presentes, y un diagnóstico de la disfunción del sistema nervioso central puede o no ser requerido.

El metilfenidato (Ritalin[®]) del grupo de los psicoestimulante, es un estimulante leve del SNC con efectos más prominentes en las actividades mentales que en las motoras. Su mecanismo de acción no ha sido esclarecido por completo, pero sus efectos estimulantes se presume que se deben a la estimulación cortical y posiblemente a la estimulación del sistema de activación reticular. El mecanismo por el cual el metilfenidato ejerce sus efectos mentales y conductuales en niños no ha sido claramente establecido, ni existe evidencia concluyente de cómo estos efectos se relacionan con la condición del sistema nervioso central.

Contraindicaciones: hipersensibilidad al metilfenidato o a cualquiera de los componentes de la fórmula.

Otras contraindicaciones incluyen ansiedad, tensión, agitación, hipertiroidismo, arritmias cardiacas, angina de pecho severa y glaucoma. También está contraindicado en pacientes con tics motores o con hermanos con tics o con el diagnóstico o antecedentes familiares del síndrome de Tourette.

Interacciones medicamentosas y de otro género: El metilfenidato (Ritalin[®]) deberá ser utilizado con precaución en pacientes que están siendo tratados con agentes presores e inhibidores de MAO. Estudios farmacológicos en humanos han mostrado que el metilfenidato puede inhibir el metabolismo de los anticoagulantes cumarínicos, algunos anticonvulsivantes, por ejemplo, fenobarbital, fenitoína, primidona), la fenilbutazona y antidepresivos tricíclicos. Quizá sea necesario disminuir la dosis de estos fármacos.

El metilfenidato puede disminuir el efecto antihipertensivo de la guanetidina. El alcohol puede exacerbar los efectos adversos del SNC de los fármacos psicoactivos, incluyendo este mismo. Por lo tanto, es aconsejable para los pacientes abstenerse de la ingesta de alcohol durante el tratamiento.^{24, 25}

Como puede observarse, *ninguno de estos medicamentos representa un problema dentro del tratamiento de la terapéutica utilizada en la práctica odontológica.*

Los niños con retraso mental ante el tratamiento odontológico

El diagnóstico de una enfermedad mental se basa, entre otras pruebas, en la entrevista clínica del paciente, a través de la cual, el especialista conoce los contenidos del pensamiento y las posibles perturbaciones emocionales mediante su manifestación verbal. La familia o personas allegadas ayudan a completar la información a través de la observación de las posibles conductas patológicas.²⁴

Los problemas conductuales y los desórdenes psiquiátricos son más comunes en individuos con retraso mental de diferentes grados que en individuos de inteligencia normal, los desórdenes psiquiátricos específicos, tales como, la esquizofrenia, depresión y el trastorno bipolar en retrasados mentales, no parece ser diferente en pacientes normales.^{26, 27}

En la actualidad, muchos de los métodos utilizados para reducir las conductas desadaptadas están basados en los principios de la teoría del aprendizaje (análisis conductual aplicado), e incluyen tanto procedimientos de castigo como estrategias de refuerzo positivo.

El enfoque de tratamiento que tiene como objetivo la reducción o eliminación de los problemas de conducta, utiliza procedimientos basados en la aplicación del castigo, es decir, en disponer que la conducta problema sea contingente con la eliminación de un refuerzo positivo –aislamiento, costo de respuesta– o con la presentación de un estímulo aversivo –tapar la cara, sobrecorrección, restricción física–.

Por el contrario, el enfoque que parte de la idea de que el aumento de conductas socialmente más deseables tendrán como resultado indirecto la disminución de las conductas inapropiadas, utiliza predominantemente estrategias basadas en el refuerzo positivo de las respuestas adaptadas o alternativas –refuerzo diferencial de otras conductas, refuerzo diferencial de conductas incompatibles, refuerzo diferencial de bajas tasas de respuesta–.

Una de las cuestiones más controvertidas, hoy en día, se refiere a los tipos de programas de intervención utilizados para tratar las conductas desadaptadas, y si éstos deben restringirse a los no-aversivos o, por el contrario, si también deben utilizarse los aversivos. Algunas de las objeciones a los procedimientos de castigo se basan en razones éticas y legales. La investigación sobre las intervenciones con los problemas de comportamientos de las personas con retraso mental, no ha sido capaz, hasta el momento, de aportar resultados definitivos sobre la efectividad de uno u otro enfoque.²⁸⁻²⁶

No obstante, un rubro muy importante en el manejo estomatológico en los pacientes con retraso mental es la capacitación del Cirujano Dentista en las técnicas de modificación de la conducta.

Los expertos en manejo de ansiedad están de acuerdo en que la mayoría de los niños son capaces de enfrentar la ansiedad asociada con el tratamiento odontológico, sin embargo, algunos niños presentan problemas de conducta que impiden la realización de los mismos, entre algunos de estos niños se encuentran los mental o físicamente impedidos o el niño muy pequeño, emocionalmente inmaduro, que es incapaz de controlar su conducta o simplemente no quieren cooperar.

Lampshire clasifica los pacientes niños ante el tratamiento odontológico en las siguientes categorías:

1. Cooperadores. Niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante toda la visita, al margen del tratamiento realizado.
2. Tensos cooperadores. Niños que están tensos pero que, sin embargo, cooperan. La conducta tensa cooperativa a menudo pasa desapercibida, puesto que el niño permite que sea realizado el tratamiento.
3. Abiertamente aprensivos. Los que se esconden detrás de sus madres en la sala de recepción, usan técnicas obstaculizantes y evitan mirar o hablar al odontólogo. Lampshire, indica que estos niños eventualmente aceptarán el tratamiento odontológico.

4. Temerosos. Niños que requieren considerable apoyo a fin de vencer su temor a la situación odontológica. El modelamiento, la desensibilización y otras técnicas de modificación de la conducta están especialmente indicadas.
5. Tercos o desafiantes niños que se resisten pasivamente o tratan de evitar el tratamiento por el uso de técnicas que les han resultado exitosas en otras situaciones.
6. Hipermotrices. Niños que están agudamente agitados y adoptan una estratagema defensiva de "lucha", tal como gritar o patear.
7. Impedidos. Niños que son física, mental o emocionalmente impedidos.

Una octava categoría, que Lampshire no incluyó, pero que también debería ser considerada, describe al paciente *emocionalmente inmaduro*. Esta categoría incluye al niño muy pequeño que no ha logrado aun una madurez emocional suficiente como para racionalizar la necesidad de un tratamiento odontológico o enfrentarlo satisfactoriamente.

Las conductas descritas en las categorías de tensos cooperadores, abiertamente aprensivos y temerosos no son ideales, y pueden ser manejadas por el odontólogo. La modificación de la conducta (que se vera en el siguiente apartado) es comúnmente el enfoque más apropiado con los niños de esta categoría. La conducta que cae dentro de las categorías de cooperadores, tensos cooperadores, abiertamente aprensivos, temerosos, tercos o desafiantes, hipermotrices e impedidos es, a menudo, interruptora y puede evitar que se cumpla el tratamiento satisfactoriamente. Con niños de conducta interruptora, el odontólogo debe usar formas que permitan al paciente recibir el tratamiento odontológico acondicionándolo psicológicamente.

La mayoría de las técnicas específicas para manejar el paciente interruptor involucran la reducción de la actividad física del niño o la alteración de su consciencia²⁹. Estas técnicas incluyen:

Técnicas de manejo conductual

“A. Técnicas para decrementar conductas

Las técnicas para disminuir una conducta inadecuada deben aplicarse en el preciso momento en que aparece la conducta que se desea eliminar, las técnicas usuales para decrementar una conducta son:

Corrección verbal

Consiste en repetir al niño la instrucción dada con un ¡No! antepuesto, éste puede ser suave o fuerte, dependiendo de cómo haya sido programado, se deben respetar las siguientes reglas para su aplicación:

Aplicar inmediatamente después del tiempo que se le da al niño para obedecer, por lo general, son de 3 a 5 segundos.

Aplicar con tono de voz grave, aunado con la expresión facial seria de enojo.

No reforzar nunca después de una corrección.

Respetar la misma instrucción, es decir, se repite exactamente igual.

Respetar el ¡No! programado, ya sea suave o fuerte.

Ejemplo: “Párate”... “¡No, párate!”

Corrección física

La corrección física es, llevar al niño corporalmente a realizar la conducta esperada, no para ser aplicada deben respetarse las mismas reglas que la anterior. Ejemplo: “siéntate”... “¡No, siéntate!”... “¡No, siéntate!”, al mismo tiempo que poniendo las manos en las axilas del niño, se le sienta en el sillón dental.

Interrupción de respuesta

Esta técnica conductual consiste en cortar la presentación de la conducta

blanco inmediatamente a su aparición, como todas las técnicas, deben ser respetadas con todos los elementos con que haya sido programada, así como realizarse con constancia.

Ejemplo: el niño empieza a agitar sus manos y se le ordena: "Pon tus manos quietas" pudiendo opcionalmente sujetarle sus manos

Extinción

Consiste en discontinuar o eliminar el reforzador de una conducta blanco anteriormente reforzada, se debe ignorar total y consistentemente la conducta blanco, como si ni siquiera nos diéramos cuenta. Esta técnica se usa comúnmente cuando el niño intenta manipular con rabietas.

Por ejemplo, el niño se pone a gritar o se tira al piso, incluso con auto agresión.

Es importante aclarar que si se aplica esta técnica, hay que tener una estricta observancia, pues de lo contrario, lejos de ayudar empeorará la situación. En el proceso de extinción se pueden presentar una de las dos etapas de respuesta, que aparecen inmediatamente después de la aplicación de la técnica:

Inmediatamente después de que se elimina el reforzador que mantiene la conducta blanco, ésta aumenta o disminuye violentamente o inmediatamente después de que se elimina el reforzador que mantiene la conducta blanco, ésta aumenta o disminuye sistemáticamente, poco a poco.

Ejemplo: El niño se tira al piso llorando y gritando, uno lo ignora totalmente, actuando como que no nos hemos dado cuenta evitando cualquier contacto visual o de palabra con el niño.

Tiempo fuera

Consiste en retirar al niño del ambiente reforzante para colocarlo en otro que lo sea, por un período de tiempo limitado y específico, la idea de este método es retirar al niño todo estímulo para erradicar así la conducta blanco, existen tres tipos de tiempo fuera:

Observacional: Se quitan todos los estímulos que tenga a su alcance y se suspende toda la actividad mientras se observa inmóvil y en silencio al niño. Por ejemplo: al momento de estar realizando un procedimiento de profilaxis el niño se inquieta mucho, se retiran todos los objetos de su alcance y en silencio, sin ninguna expresión facial, se observa al niño hasta que este se calme, pocas veces es efectivo este tipo de tiempo fuera.

Exclusión: Igual al observacional, pero además, el Cirujano Dentista se voltea de manera tal que no tenga contacto visual alguno con el niño, siguiendo el mismo ejemplo anterior, el Cirujano Dentista voltea su silla y le da la espalda al niño.

Aislamiento: Se aísla al niño de todo estímulo y distracciones pudiendo ser un cuarto cerrado o la esquina de una pared, detrás de una mampara o una habitación totalmente vacía, siempre y cuando no le cause miedo al niño.

La técnica requiere de ciertas reglas que se deben respetar para que funcione:

Tiempo de duración: generalmente 1 minuto por año de vida.

Debe ser constante durante el tiempo establecido para la sesión.

Se debe cuidar que el lugar donde se coloque al niño no le sea agradable a veces la pared puede tener texturas o dibujos que le sean agradables.

Restricción física

Consiste en restringir la conducta mediante la fuerza física, sujetando al niño de tal manera que no tenga oportunidad de moverse. Inicialmente, esto lo

inquieta o irrita, pero posteriormente se calma, este método es muy aversivo y se aplica sólo en casos que son estrictamente necesarios porque los otros métodos no dieron resultado, las reglas de la restricción son:

Debe aplicarse inmediatamente después de que se presente la conducta blanco.

El Cirujano Dentista debe colocarse de acuerdo a la conducta blanco, cuidando no lastimar al niño, es posible que el niño golpee con la cabeza o un codo al Odontólogo al sentirse inmovilizado.

Se debe tener descrita con anterioridad en qué consiste la restricción física y la forma de aplicación.

Saciedad o sobrecorrección

Es la realización continua y aumentada de la conducta blanco, es decir, obligar al niño a realizar la conducta en repetidas ocasiones seguidas con el objetivo de que ésta sea desagradable o provoque cansancio en el niño, las reglas de la saciedad o sobrecorrección son:

Aplicarse inmediatamente a la presencia de la conducta blanco.

Se debe establecer el número de repeticiones y completarse siempre.

Se debe describir la forma detallada en la que se dará la sobrecorrección.

Por ejemplo: sería que si el niño tira el cepillo de dientes o cualquier otro objeto, se le obliga a recogerlo y tirarlo un número n de veces.

Reforzamiento de conductas incompatibles

Consiste en reforzar sistemáticamente una conducta contraria a la conducta blanco que evita suceda la primera, básicamente, es reforzar una conducta que sea lo opuesto a la conducta que deseamos erradicar. Este método es muy efectivo y poco aversivo, por lo que se recomienda probarlo antes que los demás. Al aplicar esta técnica debemos tener en cuenta que:

La conducta incompatible debe ser reforzada inmediatamente, es decir, la conducta que deseamos y que evita la inadecuada.

Las dos conductas incompatibles deben ser descritas con anterioridad.

Al seleccionar la conducta incompatible a la conducta blanco, ésta debe ser totalmente contraria y que haga imposible se desencadene la segunda.

Un ejemplo: Evitar que aletee las manos manteniéndole las manos quietas.

Desensibilización

La técnica consiste en un proceso de disminución sistemática de determinadas reacciones como miedo, desagrado o negación total hacia algo, mediante un reforzamiento de las aproximaciones.

Los elementos que se deben tomar en cuenta para la aplicación son:

Identificar con anterioridad la conducta problema.

Describir específicamente los elementos que componen la conducta.

Determinar cuántas veces se llevará a cabo la desensibilización.

Un ejemplo típico es cuando el niño le tiene miedo al ruido de la pieza de mano o la jeringa triple, primero se le acerca a que sólo se arroje un poco de aire o agua dentro de la boca, luego la pieza de mano comenzando por periodos muy cortos de tiempo poco a poco, hasta que venza el miedo.

Castigo

Es la aplicación de un estímulo aversivo cuando se presenta la conducta inadecuada, se le conoce también como el golpe, nunca un Cirujano Dentista debe aplicarlo sin antes haber expuesto todas las posibilidades a los padres y la autorización de ellos, ya que de lo contrario, se incurre en un delito penal. Sin embargo, existen algunos lugares donde esta técnica está prohibida.

Las reglas del castigo son:

1. Debe ser autorizado por escrito por los padres o tutor legal.
2. Los padres deben de tener pleno conocimiento sobre la forma en que se aplica el castigo.
3. El golpe aplicado se le conoce como “terapéutico”, ya que consiste en un golpe que causa ardor y dolor, pero que no lastima ni deja ninguna marca.
4. Debe aplicarse inmediatamente después de la conducta blanco.
5. El castigo debe de ir acompañado de una instrucción con un ¡No! antepuesto.
6. Se aplica exclusivamente en casos de conductas autolesivas, agresivas o que signifiquen extremo peligro para el niño.

Recomendaciones en la aplicación de estas técnicas

Algunas de estas técnicas, como el castigo, pueden significar para la gente una especie de barbarie, sin embargo, existen niños que se golpean a sí mismos a una razón de más de 500 golpes por hora y aplicando la técnica, bajan la frecuencia a un mínimo en muy corto tiempo.

Cuando se aplique cualquier correctivo al niño, se debe tener siempre en cuenta lo siguiente:

Se está dando un aprendizaje, por lo que se debe mantener siempre eso en la mente.

- Aplique exactamente la corrección tal y como fue programada.
- No permita que la frustración o desesperación le gane.
- El niño posiblemente podrá pegarle, recuerde que no lo hace con dolo.
- Cuide siempre la dignidad del niño, evite espectadores innecesarios.

- Cuando inicie un correctivo, ¡termínelo!, nunca lo deje a medias.
- No espere que a la primera el niño entienda, requiere tiempo y paciencia.
- El niño tiene sentimientos, siempre hágale saber que lo que usted le da es disciplina y que nada tiene que ver con el cariño que siente por él.
- Refuerce lo anterior diciéndole al niño: “te quiero”, “es por tu bien” varias veces durante la consulta, hacer de esto una costumbre.
- Si está usted enojado, es preferible no corregirlo, ya que corre el riesgo de no medir sus propias acciones.”^{30, 31}

Técnica de la mano sobre la boca

La técnica está indicada para los niños normales momentáneamente histéricos, beligerantes o desafiantes.

Para que un Cirujano Dentista maneje apropiadamente y trate a un paciente-niño, debe ser capaz de comunicarse con él.

La conducta interruptora está evitando también la comunicación. El propósito de la técnica mano sobre la boca, es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal, de modo que pueda ser establecida la comunicación.

Esta técnica consiste en poner la mano suave pero firmemente sobre la boca del paciente.

Existen diversas variaciones: Mano sobre la boca, vía de aire sin restringir; mano sobre la nariz y boca, vía de aire restringida; toalla mantenida solamente sobre la boca; toalla seca mantenida sobre la nariz y la boca; toalla húmeda mantenida sobre la nariz y la boca. Los autores recomiendan que la mano sea colocada sólo sobre la boca, la vía de aire del niño nunca deberá ser restringida.

Hipnosis

La hipnosis, también denominada terapia psicósomática (O de sugestión) es una técnica por la que se produce un estado de conciencia alterado, sin recurrir a agentes farmacológicos.

La sugestión se utiliza, por lo común en el tratamiento de niños, y la simple sugestión esta a sólo unos pasos de la hipnosis. Los niños son susceptibles a la sugestión y aceptan la autoridad del Cirujano Dentista en el consultorio y, aunque no se den cuenta, usan frecuentemente la inducción elemental, como decirle repentinamente al paciente que se releje, reasegurándolo y estableciendo una monotonía que produce somnolencia.

Analgesia con óxido nitroso y oxígeno

La administración de óxido nitroso y oxígeno (N₂O-O₂) por inhalación puede ser usado tanto en niños temerosos o impedidos. El suministro de este analgésico produce un estado de relajación y euforia en el paciente. Además, aumenta el umbral del dolor tanto en los dientes primarios como en los permanentes, debido a sus resultados favorables, pues es de fácil administración, está libre de efectos colaterales desfavorables y es segura.

Es el segundo método de sedación empleado más comúnmente en niños.

Premedicación

Un niño interruptor que no responde a los procedimientos de manejo, ya sea psicológicos o físicos, puede requerir terapia con drogas a fin de recibir el tratamiento odontológico definitivo. La premedicación puede estar indicada para los siguientes tipos de pacientes:

1. Niños muy pequeños (de tres años de edad o menos) que carecen de la capacidad emocional o intelectual para cooperar.
2. Niños muy aprensivos en quienes la terapia con drogas puede ser usada junto con otras técnicas de manejo de la conducta, como: imitación o

modelamiento.

3. Niños físicamente impedidos, pacientes con parálisis cerebral, que no pueden controlar adecuadamente sus actividades musculares voluntarias.
4. Niños mentalmente impedidos, como los pacientes con síndrome de Down que pueden carecer de la capacidad emocional e intelectual para cooperar.

Los premedicamentos empleados son sedantes e hipnóticos, como el hidrato de cloral y los barbitúricos; Las drogas ansiolíticas como el meprobamato, la hidroxicina, el dizepam y la prometacina y los narcóticos como la meperidina.

Anestesia general:

Con la anestesia general se obtiene un estado funcional alterado que se caracteriza por pérdida de la conciencia, analgesia de cuerpo completo, amnesia y cierto grado de relajación muscular. Para conseguir este estado se debe proceder a una hipnosis del paciente con ciertos fármacos, denominados hipnóticos, que pueden ser inhalatorios o intravenosos. La práctica de una anestesia general se hace en tres fases. Previa a la intervención puede hacerse una preparación del paciente o premedicación. La inducción es la primera fase, en la cual se administra un inductor o hipnótico, que provoca la desconexión del individuo con el medio que le rodea. En la fase de mantenimiento, que suele coincidir con la intervención, se administran, generalmente, una serie de fármacos hipnóticos (intravenogésicos que mantienen al paciente anestesiado. Si toda la intervención se desarrolla con fármacos intravenosos se considera que es una anestesia total intravenosa (TIVA) La fase de despertar consiste, fundamentalmente, en la supresión de los fármacos anestésicos, recuperando la conciencia el paciente. Esta recuperación varía según la eliminación del fármaco por el paciente.

Como la anestesia general puede ser un procedimiento que ponga en peligro la vida, su uso deberá ser utilizado sólo cuando los demás métodos apropiados para el manejo del paciente han fracasado en el control de la conducta y en la

actividad física del niño²⁹.

B. Técnicas para incrementar una conducta

Las técnicas para la adquisición de conducta son los medios por los cuales un niño adquiere o le enseñamos una habilidad, se programan de acuerdo a las necesidades del niño y a las habilidades que se pretenden enseñar, las principales técnicas para incrementar conductas son:

Modelamiento o imitación

Esta técnica de aprendizaje consiste en que el niño por medio de la observación reproduzca una conducta modelada por el Cirujano Dentista, su característica fundamental es servir de patrón para que sea imitada por el niño. Un ejemplo sería cuando hacemos algo y le decimos al niño “haz esto” o cuando al niño le pedimos que repita las palabras que nosotros decimos.

La conducta a imitar debe ser descrita previamente por el Cirujano Dentista programador, especificando todos los elementos que componen la conducta.

Moldeamiento

Consiste en el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas a la conducta blanco, hasta que ésta se instituya, esta técnica se usa cuando se enseñan habilidades más complejas o que constan de varios pasos, como sería el cepillado de dientes, el abrir y cerrar la boca durante un procedimiento dental. Es necesario que el terapeuta distinga todas y cada uno de los pasos en forma detallada para poder transmitir la habilidad, por ejemplo, un cepillado de dientes puede constar de más de 20 pasos a seguir.

Existen tres formas distintas de moldeamiento, las cuales se aplican según el tipo de habilidad que se esté enseñando

Por aproximaciones sucesivas: se determinan todos los pasos y se inicia siempre del paso uno, agregando pasos nuevos a manera de que se vayan dominando.

Por encadenamiento de actividades distintas: se enseñan en forma separada diferentes habilidades y una vez ya dominadas, se encadenan para lograr la habilidad completa mediante aproximaciones sucesivas.

Por encadenamiento hacia atrás: es igual que las aproximaciones sucesivas, pero en orden inverso, es decir, enseñamos primero el último paso y a manera que va dominando, agregamos los pasos anteriores, siempre llegando hasta el final.

Contrato de contingencias

Esta técnica consiste en utilizar una conducta de alto nivel de aceptación para el niño o un reforzador positivo, con el propósito de incrementar una conducta de bajo nivel de ocurrencia o nueva habilidad. Esta técnica básicamente se aplica por primera vez a un niño y es dar un premio por cada vez que obedece.

Por ejemplo, se le ordena al niño pararse o sentarse se puede dar apoyo físico y si obedece, se gana su premio.³²

Todo contrato de contingencias consta de los siguientes elementos:

Descripción detallada de la conducta a modificar o habilidad a adquirir.

Establecimiento de una frecuencia objetivo o ensayos que dará una respuesta correcta.

Especificación del reforzador a utilizar generalmente es comestible.

Establecimiento de registros para poder medir los avances.

Establecimiento del lapso de tiempo en que el niño debe dar la respuesta por lo general de 3 a 5 segundos.

Economía de fichas

Consiste en la aplicación de un reforzador positivo mediante un sistema de puntos, este reforzador puede ser entregado al niño a corto o mediano plazo. Las fichas o puntos son la representación simbólica del reforzador, el cual se entregará hasta que el niño acumule un número establecido de puntos o fichas. Los premios a ganar el niño, pueden ser comestibles, manipulables o de actividad.³³

Existen dos ventajas fundamentales que apoyan el uso de las fichas. En primer lugar, pueden administrarse inmediatamente después de que se dé un comportamiento deseable para ser canjeados más tarde por un reforzador de apoyo. En segundo lugar, las fichas hacen que sea más fácil administrar reforzadores eficaces cuando se trata a individuos en grupo.³⁴

Técnica de Sujeción Gentil

Estas técnicas se complementan con un procedimiento diseñado en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro conocida como *Técnica de sujeción gentil* que se describe a continuación.

Tronco:

Para la inmovilización del tronco, se utiliza una sabana de aproximadamente 80 x 80 cm. con cintas salientes en cada esquina. Se sienta al paciente en el sillón dental llevándolo de los brazos y sin soltarlo inicia la colocación de los medios de restricción. La sábana es colocada debajo de los brazos cubriendo desde el pecho y hasta el abdomen, abrazando hacia atrás el respaldo del sillón, amarrando lo más apretado posible las cintas salientes con nudos dobles para que no se desaten.





Miembros superiores:

Para la inmovilización de los brazos se utilizan dos sábanas de aproximadamente 1.5 m. de largo por 80 cm. de ancho con cintas salientes de 1 m. de largo y 8 cm. de ancho en las cuatro esquinas. Las sábanas se colocan a lo largo del brazo y cuello, cruzando las cintas salientes del extremo superior haciendo el primer amarre por debajo del brazo contrario, se envuelve el brazo sobre toda su longitud con firmeza, para luego hacer un cruce de brazos sujetos y atar las cintas del extremo inferior en la zona posterior del sillón con las del otro brazo.

Cabe señalar que esta maniobra debe realizarse lo más ágil y rápido posible, para no dar oportunidad a la resistencia y forcejeo del paciente, haciendo difícil la inmovilización.



Miembros inferiores:

La inmovilización de los miembros inferiores se realiza con una cinta de aproximadamente 3 m. de largo por 15 cm. de ancho, se sujetan las piernas a

nivel de las rodillas apoyándose con el sillón dental para evitar que el paciente se mueva, se lastime o lastime a los demás.



Cabeza:

La cabeza del paciente es sujeta firmemente, utilizando un campo de tela, con las palmas de las manos y los dedos entrecruzados sobre la frente, haciendo fuerza hacia atrás, recargando la cabeza sobre el cabezal del sillón dental.

La inmovilización debe ser firme, de lo contrario se le puede hacer daño, pues es ésta maniobra cuando el operador aprovecha para colocar el abre bocas e iniciar el tratamiento.



Dispositivo mecánico utilizado como abrebocas:

Abrebocas de molt mout:

Este abrebocas permite el acceso durante un periodo prologado de tiempo al lado opuesto de la boca y actúa a través de un mecanismo de tijera inversa.

Es preciso tener cuidado pues la utilización incorrecta de éste puede producir laceración en los labios o en el paladar, así como luxación de los dientes, quien lo sostenga debe recargarse siempre en dientes posteriores.

La boca no debe forzarse más allá de los límites normales de apertura del paciente, pues se corre el riesgo de dislocación de la articulación temporomandibular.³⁵



Alteraciones odontológicas de pacientes con retraso mental

El paciente con retraso mental generalmente es atendido en instituciones especializadas, existe poca información sobre la incidencia de las enfermedades estomatológicas en los pacientes con este padecimiento, no obstante, las alteraciones bucodentales no difieren de las que presenta la población en general solo se potencializan dependiendo del grado de severidad del trastorno mental.

Los reportes de investigación realizados en éstos pacientes muestran que las alteraciones en cavidad bucal más frecuentes son:

Caries Dental.

Malformaciones de dientes y maxilares.

Arcos dentales angostos, largos y paladares profundos.

Maloclusión.

Macroglosia.

Complicaciones en la deglución y el habla.

Dientes y huesos pobremente calcificados.

Periodontopatías severas.

Encías hiperplásicas e inflamadas, sobre todo en los respiradores bucales.

Bruxismo.

Cálculo supra y subgingival.

Terceros molares retenidos y semiretenidos.

Infecciones micóticas.

Quistes periodontales y residuales.

Sepsis oral generalizada.

Lengua surcada

Retraso en la erupción

Sialorrea^{6, 30}

Prevalencia de las alteraciones bucodentales en pacientes psiquiátricos

Los pacientes con enfermedad mental son personas con una serie de factores que pueden generar lesiones tanto en tejidos duros como en tejidos blandos de la cavidad bucal: entre estos factores sobresalen: a) los cambios de conducta y concentración que les impide saber la necesidad del cuidado dental tanto en higiene como en atención clínica, daños neuromotores que pueden ocasionar falta de control en músculos, que a nivel bucal afectan a la articulación temporo-mandibular y en consecuencia se produce bruxismo; b) otra razón es que los medicamentos que toman para el control de los síntomas psiquiátricos, alteran la fisiología normal de las glándulas salivales y de los epitelios de la mucosa bucal, situación que genera mayor predisposición para la acumulación de placa dentobacteriana y padecimientos del tejido blando gingival así como afecciones del tejido duro –caries dental–.

Tanto las afecciones de los tejidos duros como de los tejidos blandos de la cavidad bucal, manifiestan dolor de diferente grado según el umbral del paciente. Dicho umbral del dolor puede estar modificado por el estado de ánimo del individuo o por el uso de medicamentos para el control de patologías sistémicas o de alguna droga ingerida.

Las patologías bucales se presentan clínicamente en igual forma en todos los pacientes mentalmente comprometidos, sin embargo, en aquellos individuos que presentan algún padecimiento sistémico -como serían los trastornos orgánicos entre los que destacan la epilepsia y el retraso mental- es probable que se compliquen o que se presenten en periodos más cortos.

Cabe mencionar que los medicamentos administrados para el control de signos y síntomas de patologías generales incluyendo la enfermedad mental tienen efectos secundarios reconocidos, por lo tanto, es necesario que el cirujano dentista conozca las reacciones secundarias de dichos medicamentos, ya que son ingeridos en gran cantidad de pacientes, solos o combinados, igualmente, el cirujano dentista debe diferenciar entre un cuadro de fobia dental o de ansiedad dental al tratamiento y las reacciones

psicológicas o el estrés ocasionado por la enfermedad física subyacente.³⁷

En una investigación realizada en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la SSA en donde se revisó a un total de 195 individuos de los cuales 112 fueron hombres y 83 mujeres, las tres principales lesiones de tejidos blandos fueron: mordisqueo de carrillo en 98 pacientes; fibroma en 72 y úlcera en 12 pacientes.

Se encontró también alteraciones como: lengua geográfica, lengua saburral, queilitis angular y la hiperqueratosis. Por orden de frecuencia.

En este estudio la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal fue significativamente mayor en los hombres 112 y menor en las mujeres 83.³⁸

Kamen (1979) afirma que algunas características bucales del *retraso mental* son: patrones aberrantes de erupción y anomalías en la morfología dentaria pueden ser una ayuda para la identificación precoz de una amplia gama de trastornos neurológicos.

Se ha demostrado que hay una correlación entre el retardo bio-etiológico y alteraciones dentarias.⁵

En un estudio cuyo objetivo era obtener la prevalencia de caries en pacientes con enfermedad mental, Hernández y Vivanco resaltan que los hábitos e higiene bucal determinan un hábitat favorable para el desarrollo de caries dental, aunado a esto se encuentran enfermedades sistémicas en los pacientes psiquiátricos como son: diabetes, cardiopatías, problemas tiroideos, entre otros, que pueden alterar la cantidad y calidad de la saliva, lo que propicia el desarrollo de caries, aunado a esto se encuentran los medicamentos ingeridos por los pacientes y que debe tener en cuenta el odontólogo para la detección de enfermedades.

Los resultados obtenidos mostraron que el 88% de los pacientes presentaron caries.³⁹

En la investigación sobre afecciones bucodentales en el servicio de odontología de un hospital psiquiátrico de la Secretaría de Salud de México en 76 pacientes se encontró que 31 pacientes con trastornos orgánicos presentaron enfermedades bucales de las que sobresalen la gingivitis con 51.2% y la xerostomía con 19.5%.

Con relación a los tejidos duros se presentó un alto porcentaje en caries, en los pacientes diagnosticados con trastornos orgánicos; la periodontitis o pérdida de hueso periodontal es la segunda causa de enfermedad bucal encontrada con porcentaje de 16.1%, las maloclusiones con un 11.1% de los casos revisados, para ellos los restos radiculares son el motivo de preocupación, al encontrarlos en 12.9% de los pacientes, concordando con la cifra con las maloclusiones.³⁷

Con lo anteriormente descrito puede observarse los problemas de salud bucodental en los pacientes con retraso mental son elevados, por lo que se requiere que el Cirujano Dentista tenga el conocimiento apropiado para su manejo estomatológico, ya que ellos merecen también una mejor calidad de vida.

Inducción al servicio de estomatología en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, del paciente con retraso mental.

El tratamiento odontológico para una persona con retraso mental requiere ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional. Los pacientes retrasados mentales se caracterizan por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática. Es necesario que nuestra actitud sea cuidadosa y amigable, así como evitar siempre todo aquello que aumenta la aprensión y miedo de estas personas.

Los cuidados en la manipulación de pacientes con retraso mental ligero y que son válidos para los centros de atención primaria y para la hospitalaria son:

Eliminación de tabúes y miedos del personal de salud, estos pacientes pueden

ser tratados como cualquier individuo “normal”. Para ello es necesaria la relación con los pacientes estableciendo una estrecha comunicación. El objetivo fundamental es ganar su confianza, con el logro de ésta se iniciara el tratamiento, ya que se contará con su colaboración.

Una de las limitaciones en el acto odontológico que se tiene que manejar en estos pacientes es el exceso de saliva y su intranquilidad por lo que es recomendable que la cita sea en horas de la mañana cuando están frescos y no tienen una excitación que puede aparecer cuando cambian de medio, aumentando la intranquilidad y la sialorrea. Deben ser llevados a la consulta cuando están bajo los efectos de los medicamentos -si habitualmente toman alguno-. No existe una regla para atenderlos, depende de su estado de ánimo, de tal modo que un día pueden estar dispuestos a sentarse y recibir cualquier tratamiento y otros no querrán más que la visita social, explorando la consulta y sus ocupantes. Este aspecto deberá ser considerado para no obligarlos, ya que se provocaría un rechazo al consultorio, al tratamiento y al odontólogo.

En el caso de pacientes con retraso mental moderado, grave o severo el proceder debe estar modulado por la necesidad y posibilidad, a veces es posible tratarlos usando abreboca, taco de goma o dedil de acrílico que permite realizar la actividad. Es importante en estos casos la velocidad con la que se realizan los procedimientos sin afectar la calidad del tratamiento.

En estos pacientes lo más importante es lograr la prevención, de ser posible desde la primera dentición, estableciendo patrones de higiene bucal para ellos y para sus padres, convenciéndolos que de esta manera evitan sufrimientos futuros a sus hijos dándole reglas de conductas higiénicas como el cepillado, frotación de la superficies de los dientes con una gasa, algodón, o un paño muy limpio que se use para este efecto. Aplicar flúor o selladores de fosetas y fisuras preventivamente así como flúor en enjuagatorio o dentífrico que innegablemente previenen caries. Explicar que dejar restos de alimentos en la boca es provocar a largo o mediano plazo caries y periodontopatías.

Los siguientes procedimientos han mostrado, en el Hospital Psiquiátrico

Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, su eficacia para establecer una relación paciente-odontólogo armónica que reduce la ansiedad del paciente durante la atención odontológica:

1. Dar un pequeño paseo por el consultorio antes de intentar el tratamiento.
2. Presentar al paciente al personal del equipo asistencial y así se reducirá el temor del paciente a lo “desconocido”.
3. Hablar con lentitud y con términos sencillos. Asegurarse de que sus explicaciones son comprendidas, preguntando a los pacientes si tienen alguna duda que podamos resolver.
4. Dar una sola instrucción cada vez y premiar al paciente con felicitaciones tras la terminación de cada procedimiento.
5. Escuchar atentamente al paciente. El odontólogo debe ser particularmente sensible a los gestos y pedidos verbales.³⁹

Cabe mencionar que para brindar la atención estomatológica a pacientes con retraso mental leve y/o moderado generalmente se tratan sólo aplicando las técnicas de modificación de la conducta; a los pacientes con retraso mental severo o profundo en conjunto con las técnicas de modificación de la conducta se les atiende con la técnica de sujeción gentil (descrita anteriormente), ésta técnica fue desarrollada en el hospital hace 40 años y ha sido modificada con base a la experiencia del personal del Servicio Dental del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

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

En este contexto nos hacemos el siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es el manejo de la conducta durante el tratamiento estomatológico a seguir en los pacientes con retraso mental?

OBJETIVO GENERAL

Presentar la experiencia en el manejo de la conducta durante el tratamiento estomatológico de dos pacientes con retraso mental en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N Navarro".

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo en modalidad caso clínico (n = 2) a través del cual se presentó el manejo estomatológico que se siguió en la atención odontológica de dos pacientes con diagnóstico de retraso mental en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

CASO CLÍNICO NO. 1

Nombre: A T J

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 03 Febrero 1995

Edad: 10 años

Lugar de nacimiento: México D.F.

Lugar de residencia: México D.F.

Escolaridad: Primaria

MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente es llevado por su madre al servicio de odontología del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro para valoración dental y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Vive con ambos padres, hermano menor, abuela paterna; habitan en casa propia con todos los servicios intradomiciliarios, nivel socioeconómico medio.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Paciente producto del primer embarazo, al nacimiento se le realiza maniobra de kristeller por expulsión prolongada (2 minutos), actividad motriz de forma excesiva, retraso del lenguaje, inquietud, impulsividad, temeridad, baja

tolerancia a la frustración, dificultad para interactuar con otros niños y la madre. Desarrollo alterado principalmente psicomotor, lenguaje y control de esfínteres, cuando se le preguntan cosas, la madre contesta por él. Desde la primera cita con el paidopsiquiatra se han visto mejorías, ya se viste, aprende lento, come y duerme bien, controla esfínteres, se integra al grupo de forma espontánea participa en actividades y ya tiene un lenguaje entendible. Ingresó en el 2002 al Centro de Atención Múltiple (CAM), reportando mejoría en la atención, concluye actividades que se le asignan y ha incrementado su obediencia.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES PATOLÓGICOS:

Madre con retraso mental leve, se reporta haber estado en tratamiento psiquiátrico durante sus embarazos. Prima paterna con retraso mental y crisis convulsivas, dos primos maternos con hiperactividad tratados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Retraso mental ligero más Síndrome de hiperactividad, Estrabismo bilateral convergente

MEDICAMENTOS UTILIZADOS COTIDIANAMENTE:

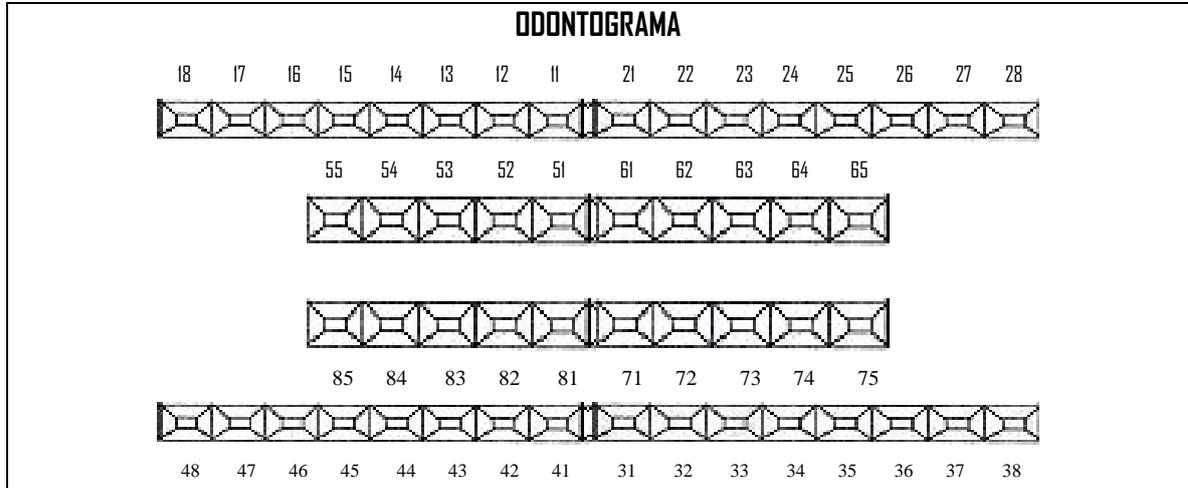
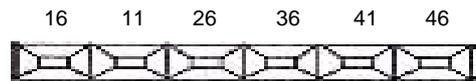
Metilfenidato tabletas de 10mg, ½ por la mañana y ½ en la tarde.
Haloperidol gotas. 1gota por la mañana y 3 gotas por la noche.

EXPLORACIÓN BUCAL:

A la exploración bucal se encuentra higiene bucal deficiente, apiñamiento moderado en dientes anteriores inferiores gingivitis y resequedad labial.



IHOS:



DIAGNÓSTICO GENERAL:

Presenta estrabismo bilateral convergente; a nivel psiquiátrico presenta retraso mental ligero más Síndrome de hiperactividad, al examen dental presenta higiene bucal deficiente, gingivitis y apiñamiento moderado en dientes anteriores inferiores.

TRATAMIENTO:

Profilaxis con control de placa microbiana bucal periódica, dicho tratamiento se llevó acabo en 4 sesiones durante el periodo de 1 mes, posteriormente el paciente siguió bajo control dental con citas aproximadamente cada 3 meses.

Citas	Procedimiento realizado	Manejo conductual
1	Historia clínica, profilaxis profunda y técnica de cepillado.	El paciente se mostró cooperador durante la revisión bucal permitió el contacto físico, verbal y de lenguaje, hizo preguntas sobre el instrumental y el procedimiento. Se implemento la técnica de modelamiento o imitación y control de contingencias. Durante la realización del procedimiento el paciente se mostró interesado en el instrumental. No manifestó angustia a la separación de su madre.
2	Profilaxis superficial y extracción diente 74.	Una semana después el paciente se mostró cooperador, se realizó el procedimiento dental mediante infiltración de puntos locales de anestesia. Se le explicó al paciente el qué y el cómo se realizaría el procedimiento. Se procedió a enseñar una correcta técnica de cepillado Se utilizo la técnica de modelamiento y moldeamiento.
3	Profilaxis superficial y extracción diente 84.	En la siguiente cita el paciente se mostró temeroso pero cooperador, permitió el contacto físico, visual y de lenguaje. Realizó preguntas sobre el procedimiento y si le iba a "doler". El procedimiento dental se realizó infiltrando puntos locales de anestesia. En esta cita se implementaron las técnicas de corrección verbal, modelamiento y moldeamiento.

- 4 Revisión de técnica de cepillado y aplicación tópica de flúor. El paciente se mostró cooperador y accesible, sin temor al instrumental y a la pieza de baja velocidad; realizó preguntas sobre el procedimiento. Se utilizaron las técnicas de modelamiento y moldeamiento además de la técnica de contrato de contingencias. Se observó disminución de gingivitis.
- 5 Control de placa. Tres meses después se observó al paciente con gran accesibilidad y aceptación de los procedimientos dentales, se observó también disminución de gingivitis. Se instruyó nuevamente al niño en la técnica de cepillado la cual será controlada en las citas subsecuentes.
-



CASO CLÍNICO NO. 2

Nombre del paciente: H O J

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 13 agosto 1993

Edad: 10 años

Lugar de nacimiento: México DF.

Lugar de residencia: México DF.

Escolaridad: Primaria

MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente es llevado por su madre al servicio de odontología del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro para valoración dental y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Vive con ambos padres, en casa rentada con todos los servicios intradomiciliarios, nivel socioeconómico bajo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Paciente producto de único embarazo, sufrimiento fetal agudo, nacimiento por cesárea, ingesta o aspiración de meconio, no lloró ni respiró al nacer, permaneció 5 horas en la incubadora por cianosis importante. Se refiere siempre haber sido inquieto con dificultad para manejarlo, establece contacto visual esporádico, es agresivo, disruptivo, no emite palabras, sólo sonidos “desgarrado”, sobre todo al señalar objetos, impresiona con alteración de la sensopercepción, juicio insuficiente, motricidad alterada con dificultad para la deambulación, incoordinación motora. Cursa con problemas de constipación intestinal. Trauma craneoencefálico con pérdida del estado de alerta a los 8 años, teniendo que ser hospitalizado.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES PATOLÓGICOS:

Padre con padecimiento psiquiátrico no especificado (al parecer retraso mental ligero) y alcoholismo social, madre con retraso mental moderado en tratamiento, abuelo materno con demencia mental, abuelo paterno alcohólico y fallecido por cáncer.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Retraso mental grave e hiperactividad.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS COTIDIANEMENTE:

Carbamazepina tabletas de 200 mg 1 por la mañana y 1 ½ por la noche.

Haloperidol gotas 1 por la mañana y 2 por la noche.

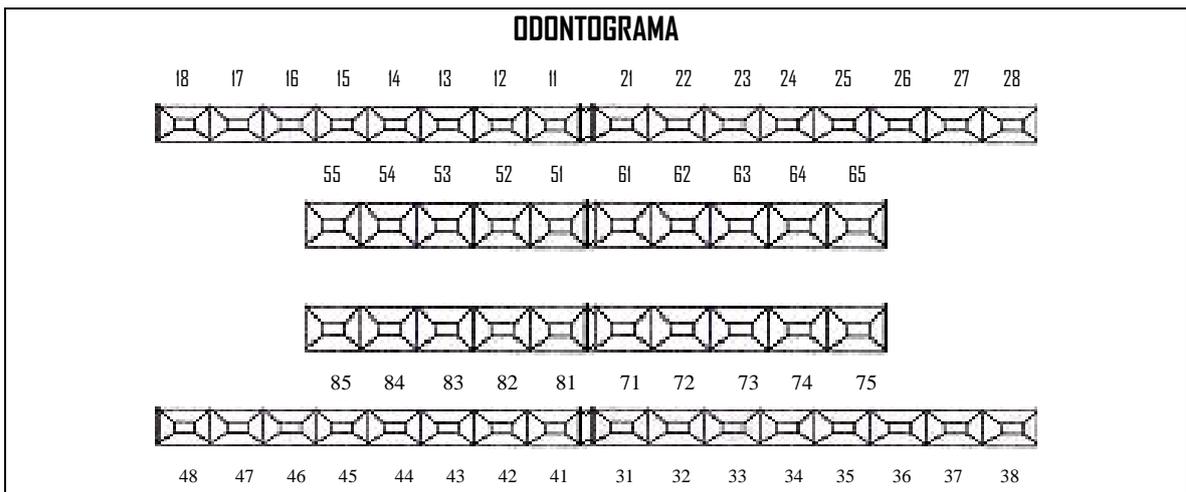
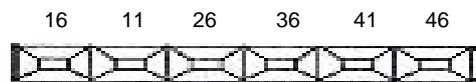
EXPLORACIÓN BUCAL:

Se encuentra con resequedad labial, higiene bucal deficiente, gingivitis marginal generalizada, caries, apiñamiento ligero en dientes anteriores inferiores.





IHOS:



DIAGNÓSTICO GENERAL:

A nivel psiquiátrico presenta retraso mental grave e hiperactividad, al examen bucal presenta caries de 1º y 3º grado, gingivitis marginal generalizada y apiñamiento ligero en dientes anteriores inferiores.

TRATAMIENTO:

Operatoria dental y profilaxis con control de placa bacteriana periódica, dicho tratamiento se llevó acabo en 6 sesiones durante el periodo de 1 mes y medio, posteriormente el paciente siguió bajo control dental con citas aproximadamente cada 3 meses.

Citas	Procedimiento realizado	Manejo conductual
1	Historia clínica, profilaxis profunda y técnica de cepillado.	El paciente se muestra temeroso y no coopera grita y llora por lo cual se opta por utilizar la técnica de sujeción gentil basada en la técnica de restricción física, esto con la autorización de su tutor en este caso la madre. Se realiza el procedimiento y terminado éste se quitan las sujeciones y el paciente se ríe, busca el contacto físico con el personal. Se implementa la técnica de control de contingencias como un reforzador positivo. Se instruye a la madre en la técnica de cepillado adecuada al paciente.
2	Profilaxis superficial, amalgama diente 16 y extracción de dientes 53 y 55.	El paciente acude a consulta temeroso y responde con auto agresividad, se determina que en cada cita se usara la técnica de sujeción gentil con abre bocas (molt mouth), hasta terminar el tratamiento. El procedimiento dental se lleva a cabo con infiltración de anestesia en la zona correspondiente. Se usa la técnica de corrección verbal y de extinción. El procedimiento dura aproximadamente 60 minutos.
3	Profilaxis superficial y amalgamas de dientes 64 y 65.	En la siguiente cita el paciente busca el contacto físico con el personal de dental. Por sí mismo se sienta en el sillón pero al iniciar la sujeción llora y se autoagrede, se aplica la

técnica de extinción. El tratamiento se lleva a cabo infiltrando anestesia local en la zona correspondiente. El procedimiento dura aproximadamente 60 minutos.

- 4 Profilaxis superficial, amalgama diente 75 y extracción diente 73.

En esta semana el paciente se sienta por sí mismo en el sillón dental, al iniciar la técnica de sujeción gentil, se muestra temeroso y llora. Se utiliza la técnica de corrección verbal y restricción física. Se infiltra anestésico local en la región mandibular y puntos locales para la exodoncia. El procedimiento dura aproximadamente 60 minutos.
 - 5 Profilaxis superficial y amalgama diente 85.

El paciente acude a su consulta y se sienta por sí mismo en el sillón dental y empieza a llorar al proceder a sujetarlo. Se infiltra anestésico local en la región mandibular. Se aplica también la técnica de corrección verbal. El procedimiento dura aproximadamente 30 minutos.
 - 6 Revisión de técnica de cepillado y aplicación tópica de flúor.

El paciente se muestra más tolerante durante la sujeción basada en la técnica de restricción física. Al término del procedimiento y retiro de las sujeciones busca el contacto físico con el personal del consultorio. Se aplica la técnica de control de contingencias. El procedimiento dura aproximadamente 20 minutos.
 - 7 Control de placa.

Tres meses después el paciente se muestra contento, busca el contacto físico con el personal del consultorio, se sienta por sí mismo en el sillón dental. Muestra un poco de temor al iniciar la técnica de sujeción gentil, ya no llora, ni se autoagrede. Se observa disminución de placa y por lo tanto de gingivitis. El tratamiento dura 20 minutos.

Se instruye a la madre en la técnica de cepillado adecuada al paciente pues ella es la responsable del cuidado del niño.
-



CONCLUSIONES

La ciencia y la sociedad tienen a un tiempo una responsabilidad moral hacia sus ciudadanos con capacidades diferentes, la que se asume de facto con cada acto médico durante la cual se proporciona atención clínica con un abordaje integral, iniciando con un diagnóstico preciso y basado en la mejor evidencia científica disponible y terminando por agregar una serie de recomendaciones de carácter educacional al paciente y a su familia, a fin de contribuir a la limitación de las secuelas y favorecer su reinserción social temprana.

Entre las discapacidades, se encuentra el retraso mental, el tratamiento integral es cada vez más la regla en el conjunto de la terapéutica psiquiátrica y en ella, la rehabilitación no se restringe a un conjunto de intervenciones, como un simple paso por el hospital, sino que abarca un amplio rango de herramientas y procedimientos biopsicosociales útiles tanto para maximizar el funcionamiento de la persona con retraso mental como para reducir sus desventajas frente a los demás, acciones que también atenuarán el impacto del estigma.

La Organización Mundial de la Salud, reporta que dos terceras partes de la población que presenta deficiencia mental no recibe atención integral y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de un país a otro, los aspectos de salud integral para éste grupo de población no incluye su rehabilitación bucodental.

En México el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” es el único dedicado a la atención multidisciplinaria de pacientes con trastornos psiquiátricos, el haber tenido la experiencia de trabajar con pacientes especiales en el hospital nos permitió conocer que, mientras más profundo es el retraso mental en los pacientes, más afecciones bucales padecen debido a la dificultad que tienen para comprender la importancia de las acciones de prevención –además de depender de terceras personas– y no tener acceso a la atención odontológica por el rechazo del Cirujano Dentista de práctica

general.

Los pacientes con capacidades diferentes necesitan al igual que cualquier paciente de un tratamiento odontológico, pero para esto es imprescindible forjar profesionales con vocación para ello. Las personas con discapacidad se deben de tratar como lo que son, seres humanos y contribuir por lo tanto a mejorar su calidad de vida.

Sugerimos que en el Plan de Estudios de la Carrera de Cirujano Dentista se incluyan actividades teórico-prácticas para atender a la población con capacidades diferentes ya que ellos también tienen derecho a una atención de calidad por parte del equipo de salud.

REFERENCIAS

1. Verdugo M A y Jenaro C. Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. AARM Versión española de Alianza Editorial, España: 1997: 14.
2. Gobierno del Estado de Baja California. Apuntes de población de Baja California.2006; 3: 2-12
3. INEGI. Comunicado de prensa de Aguascalientes, AGS 8 diciembre de 2004.173-2004. 1-2.
4. Benassini F O. La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. Salud Mental 2001; 24 (6): 62-73.
5. Kamen S. Retardo mental. En: Nowak A J. Odontología para el paciente impedido. Buenos Aires: Editorial Mundi; 1979: 41-55.
6. Juárez L L, Ramírez G G, Uribe P J, Mayorga M A, Zepeda M T. Atención estomatológica para el paciente pediátrico con enfermedades crónicas. México: Editorial FES Zaragoza, 2001: 118-122.
7. López-Ibor J, Valdes M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tercera edición. España: Editorial Masson, 2002: 45-56
8. Silvano A. American Handbook of Psychiatry volume four. Organic Disorders and Psychosomatic. Medicine Basic Books. Inc. Publisher New York, 2 edición; 1975: 437-49.
9. De la Fuente R. El ciclo vital. Psicología médica. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 2000: 111-114
10. King B H, State M W, Shah B, Davanzo P, Dykens E. Mental Retardation: A Review of the past 10 Years. Part 1. J Am Acad Child Adolescent: Psychiatry. 1997: 36 (12): 1656-62.
11. Ingals R P. Retraso mental: La nueva perspectiva. México: Manual moderno, 1982: 51-80.
12. Luria A R. Psychological studies of mental deficiency in the Soviet Union. In Ellis N R. Handbook of mental deficiency. New York; Mc Graw Hill, 1963: 120-35.
13. Garrard S D, Richmond J B. Mental retardation II Care and management in: Silvano A. American handbook of psychiatry volume four. Organic disorders and psychosomatic. Medicine basic book Inc. Publisher New York, 2 edición: 1975: 437-49.

14. Caraveo A J, Gómez E M, Saldivar G, González R E. Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. *Salud Mental* 1995, 18 (4): 1-9.
15. Secretaría de Salud: Primera Investigación Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas. Dirección General Bioestadística; México, 1960: 18-20.
16. Caraveo A J, Medina M E, Rascon M L, Villaroro J, López E K, Juárez F, Gómez E M, Martínez N A: Características psicopatológicas de la población urbana en México: Resultado de una Encuesta Nacional en Hogares. *Anales. Instituto Méx de Psiquiatría* 1994; 5: 22-42.
17. De la Fuente R, Medina M E, Caraveo J. Epidemiología de la patología mental. México: Fondo de Cultura Económica 1997: 112-34.
18. Levav Y, Restrepo H, Guerra de M C. La reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, una nueva política para los servicios de salud mental. *Acta Psiquiátrica Psicología América Latina* 1993, 39 (4): 285-93.
19. Gutiérrez A J, Barilar R E. Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México. *Bol Saint Panamericana* 1986, 101 (6): 648-58.
20. Consejo Vasco de Bienestar Social Siis. Personas con retraso mental y problemas de comportamiento. Estado de la cuestión. *Zerbitzuan Revista de servicios sociales* 1991; 17: 5-15.
21. Farber J M. Psychopharmacology of Self-Injurious Behavior in the Mentally Retarded. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry* 1987, 26 (3): 296-306.
22. Barret R P, Feinstein C, Hole W T. Effects of Naloxona and Naltrexona on Self-Injury: A double, placebo-controlled analysis. *American Journal on Mental Retardation* 1989, 93: 644-651.
23. Gadow K D, Poling A G. Pharmacotherapy and Mental Retardation. Little, Brown and Co. Boston. In: Gardner W L. Behavior Treatment, Behavior Management and Control: Need Distinctions. *Behavioral Residential Treatment* 1988: 37-53
24. Felce D, Saxby H D, Kock U, Reep A, Ager A, Blunden R. To what Behavior do attending Adults Respond? A Replication. *American Journal of Mental Deficiency* 1987, 91: 496-504.
25. Vademécum Farmacéutico. 9ª edición. Colombia: Editorial IPE, 2000: 1135-2257.

26. Campbell M, Spencer E K. Psychopharmacology in Child and Adolescent Psychiatry: A Review of the Past Five Years. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry* 1988; 26 (3): 296-302.
27. Emerson E, Toogod A, Mansell J, Challenging Behavior and Community Services: A Introduction and overview. *Mental Handicap* 1987; 15: 166-68.
28. Schroeder S R, Oldenquis A, Rojahn J. A Conceptual Framework for Judging the Humaneness and Effectiveness of Behavioral Treatment. En: Repp A C, Singh N N (Eds.). *Perspective on the Use of Nonaversive Interventions for Persons with Developmental Disabilities* 1990: 331-48.
29. Ripa W L, Barenie J T. Manejo de la conducta odontológica del niño. 1ra Edición. Editorial Mundi, 1984: 77-93.
30. Martínez P N, Moreno J F. Manejo estomatológico en pacientes autistas, presentación de dos casos clínicos (tesis). UNAM, 2005: 19-22.
31. Stumphauzer J. Terapia conductual. Argentina: Editorial Trillas, 1992: 32-36.
32. Sydney W, Donald M. Psicología del desarrollo infantil. Vol. 2. Argentina. Editorial Trillas, 1990: 65-67.
33. Spanglet M. currículum para autismo. 1997. Disponible en: <http://autismo.com./scripts/artículo/smuestra.idc?n=mariah3>.
34. Martín G, Pear J. Modificación de conducta. Que es y como aplicarla. 5ª ed. Madrid: Editorial Prentice Hall, 1999: 317.
35. García de Alba J E, Luviano J H. Manual de procedimientos Departamento Dental. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N Navarro". CONADIC Servicios de Salud Mental. Secretaría de Salud y Asistencia. 2004; enero (6-36).
36. Sosa M, Mojáiber A. Análisis de la situación de Salud en las Comunidades. Componente Bucal. Una Guía para su ejecución. Cuba: Dirección Nacional de Estomatología MINSAP, 1998. Disponible en: <http://www.itineris.org.ar/>.
37. Hernández S F, Vivanco C B. Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. *ADM* 2004; 51 (6): 225-29.
38. Freyre G J, Vivanco C B, Lozano C L, Martínez L, López B M. Lesiones de tejidos blandos bucodentales en pacientes hospitalizados. *A D M* 2001, 58 (3): 90-97.
39. Hernández S F, Vivanco C B. Caries en pacientes con enfermedad mental en un hospital de atención psiquiátrica. *A D M* 2002, 59 (3): 87-93.