



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON
DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA
ODONTOLÓGICA.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ERIKA VILLAR OJEDA

TUTOR: C.D. OMAR PÉREZ SALVADOR

ASESOR: C.D. RICARDO DEL PALACIO TORRES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Gracias Dios por regalarme una vida llena de bendiciones, por estar conmigo en cada momento de ella. Por darme una familia que me apoyó a lo largo de este camino, por darles a mis padres las herramientas necesarias para vivir con la responsabilidad tan grande que es un hijo, gracias por ayudarlos a guiarme y por darles la paciencia que eso implica. Gracias por darme un padre que lucha en todo momento por darme lo mejor de sí mismo, por una madre que está siempre pendiente de mi, y un hermano al que quiero con todo mi corazón. Gracias por la oportunidad de terminar una carrera; por darme aliento en los momentos difíciles, por no dejarme derrotar cuando algo parecía no tener salida, por no dejarme nunca sola.

Quiero agradecerle Dios por todas aquellas personas que pusiste en mi camino por algún motivo en especial. Aprendí cosas maravillosas de cada uno de ellos.

Gracias a las personas que compartieron sus conocimientos conmigo y que me guiaron durante este proyecto final, por su asesoría y apoyo.

Gracias a todos aquellos que me brindaron su amistad sincera e incluso incondicional, por compartir momentos maravillosos y por hacer esta etapa de mi vida algo inolvidable. “

ERIKA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Importancia del diagnóstico en niños con discapacidad de aprendizaje	4
2. Antecedentes	6
2.1 Fase de los fundamentos (1800 y 1940)	7
2.2 Fase de transición (1940 y 1963)	7
2.3 Fase de integración (desde 1963 hasta la actualidad)	8
3. Definición	9
4. Sinonimia	11
4.1 Trastornos específicos de aprendizaje	12
4.2 Impedimento educacional	13
4.3 Disfunción cerebral mínima	14
4.4 Deficiencia intelectual leve	14
5. Incidencia	15
6. Características de niños con discapacidad de aprendizaje	16
6.1 Trastornos de la actividad motora	17
6.2 Trastornos en la emotividad	18
6.3 Trastornos en la percepción	19

6.4 Trastornos en la simbolización	20
6.5 Trastornos en la atención	21
6.6 Trastornos en la memoria	21
6.7 Problemas psicolinguísticos	22
7. Características generales de los niños con discapacidad de aprendizaje en diferentes etapas	23
8. Consideraciones para establecer una comunicación entre el paciente con DA y el Odontólogo	28
8.1 Proceso de enseñanza – aprendizaje	28
8.2 Factores que determinan la conducta del niño en el consultorio dental	31
8.3 Relación odontólogo –paciente	37
9. Aplicación de técnicas de manejo conductual en niños con discapacidad de aprendizaje	38
9.1 Clasificación de técnicas de control de conducta	39
9.1.1 Premedicación, sedación y anestesia general	55
10. Consejos y soluciones para padres	60
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	65

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes tipos de pacientes especiales (aquella persona cuya condición psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por problemas físicos y/o mentales, que le impide alcanzar su pleno potencial), dentro de los que tenemos dos grandes grupos: paciente con compromiso sistémico y pacientes con discapacidad.

La discapacidad se puede subdividir a su vez en tres grupos: física, sensorial y neuropsicológica. En el grupo correspondiente a la Discapacidad Neuropsicológica se encuentran los pacientes con deficiencia intelectual, esta deficiencia se caracteriza por un funcionamiento de la inteligencia por debajo de lo normal, se asocia con trastornos de madurez, dificultades en el aprendizaje y en la adaptación social.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), sólo una tercera parte de la población deficiente recibe atención bucodental. Se han planteado varias razones por las cuales ocurre:

- Algunos odontólogos se niegan a tratar a los pacientes discapacitados en su consultorio.
- Los programas de estudio de algunas facultades no incluyen el tratamiento al paciente impedido.
- Hay falta de información sobre las necesidades odontológicas del paciente.
- Los servicios odontológicos han sido omitidos de muchos programas de salud.

- Posible apatía de los padres y/o responsable ante las necesidades odontológicas y de prevención del paciente con discapacidad.

Gran parte de los profesionales cree que la atención odontológica a discapacitados requiere entrenamiento especial y equipo adicional para recibir el tratamiento adecuado. Ciertamente un sector de esa población requerirá hospitalización, sin embargo la mayoría puede ser tratada en consultorio privado. El odontólogo como profesional debe considerar a las personas impedidas como individuos con problemas dentales, que tienen además una condición médica particular.

El profesional debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades. Debe armonizar psicológicamente con el individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal.

Se debe tener un conocimiento activo de la psicología y mucha experiencia práctica, las cuales permitan tratar las ansiedades del individuo "normal" en las consultas. En la consulta de un paciente impedido, estas ansiedades suelen ser mayores. Debido a una incapacidad para comunicarse o a un impedimento físico, las reacciones del discapacitado ante la situación odontológica suelen ser distintas a las de un paciente normal. Si el odontólogo no está preparado para éstas reacciones, puede aparecer un ambiente de tensión e incomodidad, pudiendo aumentar el estado de ansiedad del paciente y hasta provocar temores, lo que resulta un círculo vicioso.

Para disminuir la posibilidad de este cuadro, el profesional debe estar familiarizado con las características comunes del incapacitado y poseer información específica de cada paciente en particular.

El presente trabajo tiene el objetivo de atacar algunos de los puntos principales por los que las personas que sufren alguna discapacidad en este caso discapacidad de aprendizaje (DA), no reciben atención bucodental. Los puntos más importantes son: dar la información suficiente sobre las necesidades odontológicas de este tipo de paciente, reducir el estrés por parte del Odontólogo para manejar los posibles problemas que el paciente impedido pueda presentar en el consultorio, informar a los padres los tipos de cuidados que deben tener con sus hijos; y principalmente el saber adaptar las técnicas de manejo conductual a este tipo de pacientes, con el fin de que el odontólogo tenga un conocimiento activo de la psicología y experiencia práctica, que le permita tratar las ansiedades del paciente especial en las consultas. Así como evitar si es posible, técnicas más riesgosas como lo es la anestesia general.

1. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE

En la educación se emplea la palabra excepcional para referirse a aquellos niños que, por problemas de tipo psicológico, físico y educativo requieren de métodos particulares y de profesionales preparados para enseñarles.” El niño con dificultades en el aprendizaje (DA) es un tipo particular de niño excepcional, pero esta clasificación no se puede aplicar a todos los niños con problemas en el dominio de las disciplinas escolares, aunque hay muchas personas que no hacen la distinción.”¹

Los pacientes con discapacidades de aprendizaje tienen mayores riesgos de salud que la población general. Los profesionales de la salud deben desarrollar habilidades que les permitan la comunicación efectiva con este grupo de pacientes para así poder brindarles los servicios y atenciones adecuados. “El 80% de los niños y el 60% de los adultos con discapacidades de aprendizaje viven con sus familias y la mayoría de ellas superan las expectativas en cuanto al desarrollo de sus talentos y habilidades.”² Sin embargo el interés a cerca de las fortalezas que una persona con discapacidad de aprendizaje posee, así como sus necesidades es casi nulo.

Es por eso que tanto los profesionales como los padres de familia no tienen una idea clara sobre quiénes son los niños que padecen dificultades en el aprendizaje.

¹ Patricia I. Myers y Donald D. Hammil. Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje. Limusa México 1994 p 16

² NS336 Godsell M, Scarborough K Improving Communications for people with learning disabilities. Nursing Standard. 20, 30, 58 -65. Date of acceptance: February 6 2006

Se han realizado estudios como el del Departamento de Educación del estado de California en donde “se calcula que el número de niños con impedimentos educacionales constituye entre el 4 y 5% del total de una población escolar. De estos niños prácticamente la mitad reciben algún tipo de ayuda.”³

“El niño con trastornos neurológicos ha presentado un difícil problema diagnóstico a los profesionales de la medicina, psicología y la educación.”⁴En la mayoría de los casos, el grado de la deficiencia es tan pequeño que las pruebas pediátricas habituales de visión y oído no revelan ninguna anormalidad. Por lo tanto, muchas veces nadie nota estos trastornos, y la incapacidad del niño para aprender se atribuye erróneamente a factores como pereza, neurosis, padres sobreprotectores o demasiado exigentes, entre otras causas.

Un niño cuyas dificultades para el aprendizaje se diagnostican antes de que empiece a aprender a leer y que recibe buena ayuda capacitadora tienen mayores probabilidades de aprender y de evitar problemas emocionales. “Entre más temprano es el diagnóstico mejor es el pronóstico.”⁵

Como consecuencia de un diagnóstico no realizado oportunamente el niño con DA :

1. Puede desarrollar hábitos incorrectos de aprendizaje.
2. Como resultado de sus fracasos en el aprendizaje el niño puede desarrollar una pobre imagen de sí mismo.

³ Tranopol, Lester. Dificultades para el Aprendizaje. Guía Médica y Pedagógica. Sc. D. Segunda Edición 1986 pág 3

⁴ Ib pág 8

⁵ Ib pág 4

3. La incapacidad de progresar como los otros niños generalmente produce frustraciones, angustia y conflictos emocionales que a su vez reducen las probabilidades de aprender.

En relación al gran número de niños afectados, puede decirse que los equipos diagnósticos son muy escasos; pocas instituciones profesionales académicas y de la salud están adiestradas para enseñar y atender a estos niños.

Este problema a su vez ha creado que tanto los padres como la misma persona con esa dificultad que no han recibido el tratamiento que necesitan o bajo las condiciones que merecen, se nieguen a una nueva intervención debido a esas experiencias.

2. ANTECEDENTES

En 1974 se conceptualizó la historia de las dificultades en el aprendizaje de acuerdo con dos dimensiones: la fase evolutiva y la del tipo de trastorno. Para poder organizar de manera adecuada las contribuciones en pro de las dificultades de aprendizaje se establecieron tres estadios o fases:

- De fundamentos
- De transición
- De integración

2.1 Fase de los fundamentos (1800 y 1940)

Se caracteriza sobre todo en el estudio de adultos que sufrían lesión cerebral o con pacientes que habían sufrido algún trauma y al parecer habían perdido capacidad de expresar sus sentimientos e ideas por medio del habla, aunque sin experimentar privación intelectual.

Se notó que las personas habían sido normales en sus capacidades de expresión verbal antes de sufrir la lesión en la cabeza, por lo que el problema era consecuencia de la repercusión cerebral. Era necesario demostrar que las acciones del paciente no eran causadas por otras condiciones como retraso mental.

2.2 Fase de transición (1940 y 1963)

El foco de la investigación pasó de los adultos a los niños, y las ideas que se habían obtenido se transfirieron al estudio de los niños con trastornos en el desarrollo.

A consecuencia de este hecho, se comenzaron a elaborar muchos tests y programas de entrenamiento que en un principio se usaron sobre todo en clínicas, instituciones y escuelas privadas, y al final también en las escuelas públicas. Se dirigió la atención a la enseñanza de niños que presentaban problemas educativos, atribuidos casi siempre a deficiencias perceptuales.

2.3 Fase de integración (desde 1963 hasta la actualidad)

A pesar de que en 1925 en los Estados Unidos de América Samuel T. Orton, un neurólogo y psiquiatra identificó el síndrome de dificultades de desarrollo de aprendizaje de la lectura, diferenciándolas del retardo mental fue hasta el 6 de abril de 1963 que se mencionó por primera vez el término de “dificultades de aprendizaje” (learning disabilities) refiriéndose a:

Un grupo de niños que tienen trastornos en el desarrollo de las capacidades necesarias para la interacción social. No incluyó en este grupo a niños que tienen impedimentos sensoriales, como ceguera o sordera, porque disponemos de métodos para tratar y preparar a los sordos y a los ciegos. También excluyó de este grupo a los niños que tienen algún retraso mental generalizado.¹

¹ Op. cit. Myers pág. 56

Muchas personas se han dado cuenta de la amplitud del problema; sin embargo, todavía puede considerarse muy rudimentario lo que se sabe acerca de él.

La demanda en la actualidad, excede con mucho al número de profesionales preparados con que se cuenta. Esta es la razón por la que tanto las organizaciones profesionales como las de padres de familia se preocupan por señalar el problema del niño con DA.

3. DEFINICIÓN

Como parte del presente trabajo, es preciso mencionar las definiciones que se han abordado a través de los años por diferentes instituciones con lo que respecta al término de discapacidad como tal y discapacidad de aprendizaje. Así como su clasificación dentro de las deficiencias intelectuales.

Definición de discapacidad recomendada por Naciones Unidas a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “una persona con discapacidad es una persona que presenta restricciones en la clase o en la cantidad de actividades que puede realizar debido a dificultades corrientes causadas por una condición física o mental permanente o mayor a seis meses.”¹

La definición de la OMS se retorna en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y se adecua para el levantamiento censal en el Manual del entrevistador de la siguiente forma : “ una persona con discapacidad es aquella que tiene alguna limitación física o mental para realizar actividades en su casa escuela o trabajo, como caminar, vestirse, bañarse, leer, escribir, escuchar, etc”.²

El término *dificultad de aprendizaje específica* significa un “trastorno en uno o más de los procesos psicológicos implicados en la comprensión o en el uso del lenguaje hablado o escrito, el cual puede manifestarse en una deficiente habilidad para escuchar, razonar, leer, escribir, hablar, deletrear, o hacer cálculos matemáticos. El término incluye condiciones tales como discapacidades perceptivas, daño cerebral, disfunción cerebral, dislexia y afasia evolutiva.

¹ Principios y Recomendaciones para los Censos de Población. ONU, 1998.

² Manual del entrevistador, XII Censo General de Población y Vivienda 2000

No incluye un problema de aprendizaje que sea primariamente el resultado de discapacidades visuales, auditivas, o motoras, de retraso mental, trastornos emocionales o de desventaja ambiental, cultural o económica.³

Dificultades de aprendizaje es un término general que hace referencia de alteraciones. Estas alteraciones son intrínsecas al individuo debido a disfunciones del sistema nervioso central (SNC). Problemas en la conducta de autoregulación y percepción social pueden coexistir con las discapacidades de aprendizaje.

Aunque las DA pueden coexistir con otro tipo de hándicap (impedimentos sensoriales, retraso mental trastornos emocionales) o con influencias extrínsecas (tales como diferencias culturales, instrucción inapropiada o insuficiente), no son el resultado de aquellas condiciones o influencias.⁴

DA, se refiere a aquellos déficit que presentan algunos niños y que se caracterizan por una deficiencia en el aprender a pesar de poseer una inteligencia adecuada, audición y visión, capacidad motora y equilibrio emocional. Estos niños difieren en particular de los retrasados mentales en cuánto poseen una dificultad y no una incapacidad.⁵

³ Tranopol, Lester Op. Cit. pág 9

⁴ Godsell M, Scarborough K Art. Cit. pág 64

⁵ Del Real Felipe, Trastornos de aprendizaje .Psicología en la Universidad de Concepción, 2001 Absique

4. SINONIMIA

Es difícil derivar una definición precisa y global de discapacidad en el aprendizaje, en parte se encuentra difícil por problemas de taxonomía y semántica, sin embargo en un artículo preparado para la *Southern Regional Educational Board EUA*, (Oficina de Educación de la Región del Sur, McDonald) se presentan los resultados de un cuestionario, respecto del cual “ treinta y cinco educadores y psicólogos dedicados al campo general de las dificultades en el aprendizaje dieron veintidós términos, de los que uno o más de ellos usan como sinónimos exactos del título niños que padecen dificultades en el aprendizaje.”¹

Dentro de ellos se encontraron: educación de remedio, impedido educacionalmente, disfunción cerebral mínima, psicolingüística, dificultades en el lenguaje, dificultades psicolingüísticas, trastornos psiconeurológicos, dificultades en el aprendizaje, entre otras; de tal manera que sólo se puede hacer referencia en función de las características y no de una definición en concreto o universal .

A continuación se hará una breve descripción de los términos más utilizados refiriéndose a Discapacidad de Aprendizaje.

¹ lb

4.1 Trastornos específicos de aprendizaje

La Discapacidad de Aprendizaje se puede establecer como sinónimo de necesidades educativas especiales (NEE). Dentro de las cuales se encuentran los trastornos específicos de aprendizaje, término empleado vez primera en 1962:

*Trastornos del aprendizaje (TA) se refiere a un retardo, o trastorno o lentitud en el desarrollo de uno o más de los procesos del habla , lenguaje, lectura, deletreo, escritura o de aritmética, que son el resultado de una posible disfunción cerebral y/o trastorno emocional o de conducta y no a retraso mental , de privación sensorial, o a factores culturales o de instrucción.*²

En 1963 cuando se fundó en Estados Unidos la Asociación para Niños con Trastornos del Aprendizaje se adoptó el término TA como sustituto para “dañado cerebral” e “impedido perceptual”.

En 1981 representantes de seis asociaciones profesionales en los Estados Unidos formaron el Comité Unido Nacional para Trastornos del Aprendizaje, quienes acordaron la siguiente definición:

² Calderón González, Raúl. El niño con disfunción cerebral, trastornos del lenguaje aprendizaje y atención en el niño. Ed. Limusa México, D.F. Primera Ed 1990. pág 19

Trastorno del aprendizaje es un término genérico que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos manifestados por dificultades para escuchar, hablar, leer, escribir, razonar o aprender matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo y de presume se deban a una disfunción del sistema nervioso central. Aun cuando un trastorno del aprendizaje puede ocurrir concomitantemente con otras condiciones incapacitantes (ejemplo: impedimento sensorial, retardo mental, trastornos sociales y emocionales) o influencias del ambiente (ejemplo: diferencias culturales, instrucción insuficiente o inapropiada, factores psicogénicos) no es el resultado directo de dichas condiciones o influencias .³

4.2 Impedimento educacional

Las personas con impedimento educacional son definidos : “sin invalidez física ni retardo mental, cuyos problemas de aprendizaje provienen de un trastorno de la conducta o de un impedimento neurológico, o de una combinación de ambos. ⁴

Algunos autores prefieren usar el término de impedimento perceptual porque describe una de las condiciones principales que parecen encontrarse en la raíz de muchos trastornos de aprendizaje.

³ Ib 19-20

⁴ Tranopol, Lester Op. Cit. pág 2

4.3 Disfunción cerebral mínima

Este término se reserva para aquellos “niños cuya sintomatología se presenta en una o más de las áreas específicas de la función cerebral, pero en forma leve o subclínica, sin reducir el funcionamiento intelectual general a niveles subnormales “. ⁵

4.4 Discapacidad intelectual leve

Existen diversas clasificaciones de la discapacidad intelectual según sus causas, coeficiente intelectual, nivel educativo alcanzado y habilidades de adaptación social. Todas aquellas describen cuatro niveles , de acuerdo con las necesidades de atención que requiere la persona (leve, moderada , severa y profunda) .

La discapacidad intelectual leve, de una manera coloquial, significa dificultad para adquirir lectura, la escritura o las matemáticas, sin embargo también se consideran problemas de aprendizaje la hiperactividad, inatención, problemas de lenguaje, retraso sociocultural, falta de motivación o capacidad intelectual insuficiente. Presenta perturbaciones como consecuencias de causas biológicas, socioeconómico – culturales, ecológicas y psicológicas que dañan a los seres humanos, de manera que el término de discapacidad intelectual leve hace referencia a “quienes están considerados deficientes mentales por su dificultad en satisfacer las demandas de un ambiente en particular pero no tienen ninguna patología biológica observable.” ⁶

⁵ Ib

⁶ Ezcuraa, M (2000) .Elementos para un diagnostico de la integración educativa de las niñas y los niños con discapacidad y necesidades educativas especiales, en las escuelas regulares del distrito federal, DDF, México

5. INCIDENCIA

En México se han realizado diferentes esfuerzos para determinar el número de personas con discapacidad y sus características: a través de los intentos de medición efectuados, entre otros, en las boletas censales de la primera mitad del siglo (en los censos de 1985, 1900, 1910, 1921, 1930 y 1940); en la encuesta Nacional de Inválidos 1982 de la Secretaria de Salud (SSA) ; en el Conteo de Población y Vivienda 1995; en el Registro Nacional de Menores con Discapacidad 1995 realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el sistema Nacional para le Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Secretaria de Educación Pública (SEP).

El objetivo principal fue establecer un clasificador con respuestas a sentadas en la opción abierta “otro tipo de discapacidad” y depurar descripciones que no corresponden a la definición de discapacidad empelada en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Las discapacidades se refieren a la consecuencia de la deficiencia en la persona afectada, por ejemplo limitaciones para aprender, hablar, caminar u otra actividad.

En la elaboración del clasificador no se aplicaron criterios clínicos o médicos, ya que la información que se clasifica consiste en las descripciones que la población puede proporcionar; por lo que las opciones de respuesta pueden agruparse en tres grandes áreas : motriz, sensorial y mental .

El grupo de las mentales incluye las deficiencias intelectuales y conductuales que presentan restricciones en el aprendizaje y el modo de conducirse, por lo que la persona no puede relacionarse con su entorno y tiene limitaciones en el desempeño de sus actividades.

“Se ha encontrado que la prevalencia de trastornos infantiles oscila entre el 17 y el 27% dependiendo del tipo de estudio. En México, el 5 % de la población tienen algún grado de discapacidad.”¹

En USA entre el 5- 15 % de los niños presenta algún trastorno.²

“En estudios recientes se ha encontrado que uno de cada cuatro niños (22%) atendidos por odontólogos presentan marcados problemas de conducta, dentro de las múltiples causas podemos encontrar una discapacidad en el aprendizaje no diagnosticada.”³

¹ Op. cit. Ecurra, 2000

² ib

³ Brett R. Kuhn, PhD , Keith D. Allen, PhD. Expanding child behaviour management technology in pediatric dentistry: a behavioural science perspective. Pediatric Dentistry: January/ February Volume 16 2000, Number 1

6. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE

Las características que se observan en niños que tienen dificultades específicas en el aprendizaje se pueden dividir al menos en siete categorías:

- Actividad motora
- Emotividad
- Percepción
- Simbolización
- Atención
- Memoria
- Psicolinguísticos

Esas conductas se vinculan tanto con disfunción cerebral como con factores ambientales, son características de niños provenientes de diversos grupos etiológicos tales como paráliticos cerebrales, retrasados mentales, perturbados emocionales, convulsivos, con disfunción cerebral o con trastornos en el aprendizaje.

6.1 Trastornos de la actividad motora

El niño con DA presenta algunas anomalías en la organización motora básica (tonicidad, postura, equilibrio y locomoción), y en consecuencia en la organización psicomotora (lateralidad, orientación, imagen del cuerpo, estructuración espacio- temporal y praxias) .

En los niños con DA se detectan con facilidad paratonías (dificultades de relajamiento voluntario), disdiadicocinesia (dificultades para realizar movimientos alternados, opuestos y sincinesias (movimiento imitativos, superfluos e innecesarios de la boca, la lengua y del rostro).

“Vinculado con las dificultades específicas en el aprendizaje se suelen citar diferentes perturbaciones de la actividad motora: hipoactividad, falta de coordinación y perseverancia.”¹

Hipoactividad : se emplea para describir a aquel niño que tiene una actividad motora insuficiente y que puede considerarse el caso opuesto a hiperactividad. Estas personas, por lo general tienen un comportamiento tranquilo, casi sin movimiento y letárgico.

Falta de coordinación: la torpeza física y la falta de integración motora son dos signos de falta de coordinación:

1. Se desempeñan mal en actividades que requieren mucha coordinación como correr, agarrar pelotas, saltar ,etc.
2. Al andar parecen tener las piernas rígidas o duras; en los casos extraños, los brazos y las piernas se mueven de una manera homolateral.
3. No se desempeñan bien en actividades como escribir, dibujar y otras que requieren una buena integración motora.
4. Parecen experimentar dificultades en el equilibrio, tal como lo demuestran con frecuentes caídas, tropezones y torpeza general.

¹ Op. cit. Myers, pág. 43

Perseverancia : se trata de problemas derivados a la incapacidad que tiene el niño para pasar con facilidad de un tema, palabra o fonema a otro.

Puede haber problemas de perseverancia tanto en el comportamiento expresivo cómo en el de carácter motor.

6.2 Trastornos en la emotividad

En 1949 se brindan las siguientes razones para explicar la alta incidencia de dificultades emocionales en esos niños:

1. Si un niño tiene trastornos motores, se prolongará su dependencia materna. Con frecuencia presentan señales de inestabilidad .
2. Los problemas de carácter perceptivo o intelectual que dificultan los intentos del niño por hacer un contacto bien logrado con el mundo, lo llevan a frustraciones, malas interpretaciones de la realidad y patrones de comportamiento bizarros.
3. “Dificultades de adaptación y problemas de comunicación. Sentimientos de exclusión, rechazo, persecución, abandono, hostilidad y fracaso.”²
4. Hipersensibilidad y vulnerabilidad, tienen a exhibir cambios de humor y de temperamento rápidos e imprevisibles, que se reflejan en problemas perceptivos y en problemas motores.
5. Casi nunca piensan antes de actuar.

² Op. cit. Myers, Patricia pág. 50

6.3 Trastornos en la percepción

En 1964 se define a las perturbaciones perceptuales como “ la incapacidad de identificar, discriminar e interpretar la sensaciones”.³

Se puede determinar también como problema de descodificación y dificultad receptiva. Así, los trastornos perceptuales que sufre un niño se pueden describir conductualmente como mala descodificación visual, auditiva o cinestésica. La reproducción inadecuada de formas geométricas, las confusiones entre figura y el fondo. Problemas de coordinación, direccionalidad, orientación espacial y equilibrio.

En el niño con DA su sistema nervioso no recibe, no organiza, no almacena y no trasmite información de tipo visual, auditivo y táctilcinestésico de la misma que manera que un niño normal. Por lo que presenta dificultades para comprender explicaciones e instrucciones verbales.

“Percibe mal la información sensorial, no le da importancia a los detalles relevantes, o le presta demasiada importancia a detalles que alteran la noción del todo.”⁴

Se distrae con señales , sonidos e ideas que le resultan interesantes o significativas, pero que son irrelevantes para el objetivo específico de las situaciones del momento.

Algunos presentan problemas de control de sus impulsos, por lo que pueden tornarse agresivos, insatisfechos, frustrados y emocionalmente inestables. Muchas de esas dificultades se revelan a través de la dificultad para reproducir formas geométricas.

³ Pa Fonseca Vitor. Dificultades de aprendizaje. Ed. Trillas México, D.F. , 2004 . pp 46,47

⁴ Op. cit. Myers, Patricia pág. 43

El niño con DA revela dificultades para organizar y estructurar su mundo auditivo, manifiesta problemas para ordenar y sintetizar sonidos y asociarlos con experiencias, objetos o acontecimientos.

6.4 Trastornos en la simbolización

Se dividen en cuatro categorías:

1. **Receptivo- auditivo:** Un mal entendimiento de los símbolos hablados, frecuentes peticiones para que se repita lo que se ha dicho, ecolalia “(perturbación del lenguaje en la que el sujeto repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia)”⁵ y confusión de las instrucciones o mandatos. “El niño con DA oye pero no interpreta lo que oye, demuestra con claridad la diferencia que existe entre oír y escuchar.”⁶
2. **Receptivo- visual:** Los niños que tienen problemas en esta subsunción no comprenden lo que leen y a veces tienen que leer en voz baja para sí mismos.
3. **Expresivo- motora:** Se trata de una dificultad que se refiere a la formulación de pensamiento por escrito (disgrafía). Suelen omitir letras, invertirlas o transformarlas; también presentan dificultad en la expresión oral que puede ser reclutado de alguna mala formación en las respuestas motoras, como ocurre en la dispraxia.

“Los niños con DA presenta más dificultades en los contenidos verbales que en los no verbales”.

⁵ Op cit. Fonseca pág 181

⁶ Op. cit. Myers, Patricia pág. 46

6.5 Trastornos en la atención

Atención insuficiente: hay niños que son incapaces de apartar los estímulos extraños y superfluos, se sienten atraídos a todo estímulo, independientemente de su empeño en la tarea que llevan a cabo.

Atención excesiva: Muchas veces presentan una falta de atención hacia el punto que es realmente importante y fijan toda su atención en un detalle insignificante. Los niños con DA normalmente presentan problemas de selección cuando dos o más estímulos se encuentran presentes.

La atención consiste en una organización interna y externa de estímulos; ellos reciben mensajes sensoriales, pero no se integran.

6.6 Trastornos en la memoria

Entre los trastornos de la memoria están la dificultad de asimilar, almacenar y recuperar la información, y quizás tengan que ver con los procesos visuales, auditivos y otros implicados en el aprendizaje.

La imposibilidad de visualizar letras, palabras o formas, se puede deber a una memoria visual insuficiente.

En 1968 se establece que la memoria está muy relacionada con fenómenos como:

- 1) La atención del niño
- 2) La mediación es decir, el reconocimiento de semejanzas y diferencias en el nuevo material o lo que ya se sabe.
- 3) La interferencia que es la mejor explicación del olvido.

Los niños con DA presentan dificultades relevantes para la reproducción de secuencias: de objetos, imágenes, dibujos, formas geométricas , letras, números.

“El niño con DA no parece volver a experimentar la experiencia , o mejor aún no revisualiza los símbolos.”⁷

6.7 Problemas psicolingüísticos

Diversas investigaciones han demostrado la relación estrecha entre los procesos psicolingüísticos (receptivos, integradores y expresivos) y los trastornos del lenguaje hablado y del lenguaje escrito.

Las señales más significativas pueden ser: problemas en la comprensión del significado de las palabras, frases, historias, conversaciones telefónicas, diálogos, etc.

Problemas para seguir y ejecutar órdenes o instrucciones simples y complejas; problemas de memoria auditiva y de secuencia temporal , ya sea no simbólica o simbólica, vocabularios restringido y limitado; frases incompletas y mal estructuradas, dificultades para recordar información; dificultades en la elaboración y organización de las ideas; problemas para la articulación y repetición de frases.

⁷ Op. cit. Myers, Patricia pág. 43

7. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE EN DIFERENTES ETAPAS

Es necesario e importante tener las herramientas suficientes para detectar un paciente que padece DA, obviamente sólo un equipo multidisciplinar formado por pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil psicólogo maestro y pedagogo podrá evaluar correctamente a un niño con algún tipo de TA.

Sin embargo como en cualquier otra entidad clínica, el odontólogo debe comenzar por realizar una buena historia clínica. Ciertamente, en los primeros años de vida las DA parecen muy silentes, pero con un buen interrogatorio, comunicación con los responsables de las diferentes áreas a las que el paciente ha acudido y más que nada con una buena observación de las características que el paciente nos muestra, podemos brindarles el servicio y atención que merecen.

Una variable importante que se debe de tomar en cuenta desde un principio al analizar al niño, es la madurez ;en cuanto a la madurez para el aprendizaje, nos referimos a una “disposición o disponibilidad del niño que le permite tener capacidades para aprender y se deben fundamentalmente, a cambios fisiológicos o a procesos internos del sistema nervioso central, aunque en la actualidad se considera que también está determinada por factores externos, como el entorno familiar y el medio sociocultural. “¹

Aunque la maduración es un proceso individual, de cada niño, la presión social y escolar establece que se debe alcanzar un determinado grado de desarrollo, conocimientos, habilidades e intereses a cierta edad. Cuando esto

¹ Quiros, Shrager . Fundamentos neuropsicológicos de las discapacidades del aprendizaje. Editorial Médica Panamericana: México 1998

no ocurre se habla de un cuadro de retraso en la maduración, la mayoría de los niños que presentan una DA tienen un retraso en este proceso.

Así como las personas sin alguna alteración en el aprendizaje tienen ciertas características en las diferentes etapas de vida , en los niños con DA también se pueden referir algunas de ellas, es importante conocerlas para determinar adecuadamente las técnicas de control de la conducta que se pueden utilizar .

CARACTERÍSTICAS	ETAPA: INFANCIA (0 - 6 AÑOS)
LENGUAJE	Problemas de pronunciación. Dificultad para entender órdenes sencillas. Dificultad para entender preguntas. Dificultad para expresar deseos o necesidades a través de lenguaje oral. Falta de interés en relatos o cuentos.
MOTRICIDAD	Equilibrio pobre. Torpeza en la manipulación fina. Evita realizar actividades como dibujar, hacer trazos, etc. Torpeza en motricidad gruesa(como correr, saltar).
DESARROLLO COGNITIVO	Problemas en memorizar cosas sencillas como los días de la semana, el alfabeto, etc. Problemas para recordar las actividades rutinarias. Dificultades en la noción causa- efecto, en contar y secuenciar. Dificultades en conceptos básicos (como tamaño,

	forma color).
ATENCIÓN	Alta distracción, dificultades para permanecer en una tarea. Hiperactividad y /o impulsividad excesiva.
HABILIDAD SOCIAL	Problemas de interacción , juega solo. Cambios de humor bruscos y fácilmente frustable. Rabiernas frecuentes. Repetición constante de ideas, dificultad para cambiar de idea o de actividad.

CARACTERÍSTICAS	ETAPA ESCOLAR : 6- 9 años
LENGUAJE	Dificultad para aprender la correspondencia entre sonido /letra. Dificultades para recordar palabras básicas. Transposición en la escritura de cifras. Problemas para recordar los pasos de las operaciones matemáticas.
MOTRICIDAD	Pobre coordinación motora. Dificultad para imitar movimientos.
ATENCIÓN	Dificultad para concentrarse en una actividad. Dificultad para terminar algún trabajo a tiempo. Inhabilidad para seguir múltiples instrucciones. Descuidado, despreocupado. Rechazo ante los cambios de rutina o ante conceptos nuevos.
HABILIDAD SOCIAL	Dificultad para entender gestos o expresiones faciales. Tendencia a malinterpretar comportamiento de compañeros o adultos. Aparente falta de “ sentido

	común “ .
--	-----------

CARACTERÍSTICA	PUBERTAD Y ADOLESCENCIA: 10- 18 AÑOS
LENGUAJE	Evita leer o escribir. Comprensión lectora pobre, dificultad para entender lo ya explicado. Dificultad para aprender otros idiomas al suyo. Dificultad para entender conceptos abstractos.
ATENCIÓN Y ORGANIZACIÓN	Trabaja de manera lenta y desorganizada. Pobre capacidad para detectar errores y corregirlos. Problemas en detectar el punto importante de las cosas. Presta atención a lo que no es relevante.
HABILIDAD SOCIAL	Dificultad para aceptar críticas. Problemas para negociar. Dificultades para entender el punto de vista de otras personas.

Se deberán descartar problemas sensoriales visuales y /o auditivos. Y deberemos fijarnos en la existencia de alteraciones del tono muscular y descartar presencia de signos de algún trastorno menor de alguna lesión importante.

Algunos de los que se mencionarán a continuación pueden ser una manifestación de una disfunción neurológica leve , pero otros sólo tienen

significado a partir de una determinada edad. Los siguientes se buscarán en niños entre los 6 y los 12 años:

- Praxias: Capacidad del niño para ejecutar acciones motrices por imitación o ante una orden verbal.
- Gnosias: Proceso de percepción, reconocimiento y denominación de estímulos.
- Las sincinesias: Presencia de movimientos superfluos, no propositivos, que aparecen en un movimiento propositivo. “Las sincinesias se consideran normales hasta la edad de 8-9 años.”²

Los problemas de pronunciación o dislalias se consideran fisiológicas hasta los 5 años. La pobre habilidad manipulativas, aceptable a los 3 años, ya no lo es a partir de los 5-6 años. Hacia los 6 años el niño será capaz de ubicar derecha e izquierda. “Algunos autores afirman que a los 4 años es cuando se establece la dominancia manual, aunque las últimas publicaciones establecen un marco de referencia más amplio situando el límite en torno a las 6 años “. ³

² American Academy of Pediatrics. Committee on Children with Disabilities. Policy Statement. Developmental Surveillance and Screening of infants and young children. *Pediatric*, 2001; 108 (1): 192-5

³ Cobos Álvarez P. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo. Madrid; Ediciones Pirámide, 2003.

8. CONSIDERACIONES PARA ESTABLECER UNA COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE CON DA Y EL ODONTÓLOGO

Existen características que son de vital importancia para establecer una comunicación adecuada entre el paciente y el odontólogo, cómo el proceso de enseñanza – aprendizaje, factores que afectan en la conducta del niño .

La comunicación será la llave del éxito en el manejo de la conducta. “Los problemas de comunicación constituyen algunos de los principales obstáculos, para proporcionar atención dental a niños con o sin discapacidad, debido a la dificultad en el establecimiento de un adecuado grado de relación y entendimiento.”¹

8.1 Proceso de enseñanza – aprendizaje

Una de las formas de adaptación es el aprendizaje. El Odontólogo espera que el niño le permita la realización del tratamiento; pero debe tomar en cuenta que la conducta que tenga depende del aprendizaje que haya tenido durante las primeras sesiones.

La principal manera de aprendizaje que un niño con DA puede adquirir es por medio de la asociación. “En la formación de la memoria asociativa se ha demostrado que implica una secuencia de cambios moleculares en lugares específicos dentro de un sistema de neuronas.”²

¹ J.R. Boj DDS. PhO, JM Dávila DDS: MS Differences between normal and developmentally disabled children un a first dental visit, Journal of Dentistry for Children Jan – Feb 1995

² S. M Hashim Nainar, BDS, James J. Crall, DDS, MS, SM . Child patient behaviour: a new perspective. July- August 1991. Journal of Dentistry for Children pag 304

Existe una reducción de las corrientes de flujo de iones de potasio provocado por el acondicionamiento y el consiguiente aumento de la excitabilidad neuronal en el sistema. Estos cambios en el flujo de iones de potasio han demostrado ser importantes en la capacidad de almacenar y recordar la asociación con lo aprendido.

“Iván Petróvich Pavlov (1849-1936), fisiólogo y premio Nóbel ruso. afirma que todo aprendizaje requiere de un estímulo respuesta, esto se relaciona con el ensayo error y del error surge el aprendizaje en este caso el error sería un estímulo y el aprendizaje una respuesta.”³

Se elaboraron así teorías en que el proceso de aprendizaje y del conocimiento eran el resultado de una multitud de reflejos condicionados a lo largo de la vida.

Un estímulo que no es vinculado a otro (estímulo incondicionado) provoca una respuesta eléctrica dentro de los sistemas neuronales y las respuestas estereotipadas de comportamiento pero ninguna de estas es recordada: la información recibida simplemente fluye a través del sistema neuronal. En cambio un estímulo que está vinculado temporalmente a otro estímulo asociado (estímulo condicionado) también provoca respuestas eléctricas. La información recibida por el estímulo condicionado viaja a través de un nuevo camino que no está determinado genéticamente, pero forma en el transcurso una experiencia de aprendizaje. Este nuevo camino es llamado colateral.⁴

³ lb pág 304

⁴ lb

El aprendizaje por asociación permite que el individuo desarrolle la capacidad de asociar una cosa con la otra como es el caso de todo estímulo produce una respuesta.

Con esto se determina que para un mayor desarrollo positivo en la conducta del paciente, es necesario establecer vías colaterales que se asocien con experiencias positivas para poder mejorar y mantener ciertos comportamientos en cada cita.

Se habla también de otro tipo de aprendizaje llamado: condicionamiento operante o instrumental, definido como aquel proceso en el cual una acción o una conducta seguida de una consecuencia favorable (estímulo reforzador), se consolidan aumentando así la probabilidad de que se repita.

Los estímulos que actúan como reforzadores son de dos clases positivos y negativos. Los positivos son estímulos que fortalecen la aparición de la conducta deseada. Y el reforzamiento negativo consiste en la eliminación de un estímulo indeseado para mantener una conducta deseada.

El aprendizaje por observación engloba el aprender por imitación, por moldeamiento o aprendizaje social, se produce por la observación de la conducta de otro sujeto.

David P. Ausubel, teórico del aprendizaje cognoscitivo, describe otros dos tipos de aprendizaje:

Aprendizaje repetitivo: “El cual implica la sola memorización de la información que se va a aprender , ya que la relación de ésta con aquella presente se lleva a cabo de manera arbitraria “. ⁵

La práctica desempeña un papel importante en el aprendizaje ya que aprendemos a hacer haciendo, las prácticas de las secuencias conductuales se hacen repitiéndolas.

Aprendizaje significativo: En donde la información es comprendida por el paciente y se dice que hay una relación sustancial entre la nueva información y aquella presente en la estructura cognoscitiva.

Todos estos elementos se deben tomar en cuenta porque se aplicarán al paciente especial guiándolo hacia nuestro objetivo, que es el manejarlo de manera adecuada con el fin de que su experiencia sea lo menos molesta posible y concluir su atención dental.

8.2 Factores que determinan la conducta del niño en el consultorio dental

Para una adaptación positiva entre el paciente y el odontólogo es necesario conocer los factores que afectan la conducta del niño ante el hecho de asistir a una consulta dental, conocer un nuevo ambiente y nuevas actividades. El ubicar los factores positivos y negativos nos ayudarán a determinar las técnicas de control que se pueden utilizar para el manejo del niño.

⁵ Ausubel, P.D. Psicología Educativa. Trillas, México 1981

Actitud de la familia

Un factor de gran importancia es el comportamiento familiar ante el niño ya que de ahí se deriva la transmisión de miedos adquiridos o por imitación.

La madre tiene un papel muy importante y más aún en niños con esta dificultad porque muchas veces se aplica un doble efecto. Puede ser que la madre sirva de gran apoyo por su comprensión con el profesional. Si ha sido una madre cuidadosa y responsable podrá proporcionar los datos necesarios para formar una historia clínica completa y apoyarnos a terminar con éxito el tratamiento. “Por otro lado puede resultar una madre sobreprotectora que solamente va a obstaculizar el buen manejo del niño, ya que este va a actuar comúnmente con cobardía ante cosas nuevas. “⁶

Los padres frecuentemente repiten las órdenes del odontólogo, o agregan órdenes convirtiéndose en una barrera para la relación entre el odontólogo y el niño.

El Odontólogo ve imposibilidad de usar entonación de la voz, en presencia del padre o la madre, porque éstos pueden angustiarse. El niño divide su atención entre el padre y el odontólogo y el odontólogo entre el niño y el padre.

⁶ Escobar Muñoz Fernando. Odontología Padiátrica . Ed. AMULCA, C.a: Caracas Venezuela Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana pág 29

Puede ser que los padres siempre trataron al niño de manera tan diferente o especial que no le permitió una interacción adecuada con su entorno, por consiguiente su desarrollo psicológico presenta graves problemas. “Existen niños con discapacidades de aprendizaje los cuales tratados de manera oportuna y adecuada pueden desarrollarse como niños considerados normales.”⁷

En los niños con DA es frecuente que cuando aún no esta diagnosticada esta dificultad los papas lo traten de manera muy exigente, pidiéndoles que sobre pasen lo que se encuentra dentro de sus posibilidades. En el intento de modelar al niño en un tipo determinado de comportamiento se les imponen ciertas disciplinas que son muchas veces severas, inflexibles y crueles.

Esto produce en el niño un negativismo, pasividad e inseguridad. El Odontólogo puede tomar ante el niño un espejo de los padres, sin embargo éste puede permitirle expresar sus temores o necesidades y motivarlo a la aceptación del tratamiento.

Cuando el niño refiere una falta de afecto éste suele ser tímido, retraído, indeciso, se asusta con facilidad, en un intento de llamar la atención puede desarrollar malos hábitos como onicofagia, succión digital , etc.

Cuando el niño se siente rechazado (característica común en niños con DA) el resultado puede ser un niño desobediente , se siente con capacidad de mando, mentiroso y chantajista. En el fondo solamente necesita que alguien se preocupe por ellos, que no los hagan sentir menos. Es por eso que no se entregan con facilidad.

⁷ Godsell M, Scarborough K Art. Cit. pág 58

La influencia de la escuela : maestros y compañeros

Los maestros tienen un rol importante para orientar adecuadamente al niño, muchas veces los padres no están conscientes de que su hijo padece de una dificultad y es ahí donde los maestros pueden ayudar a informales y orientarlos para darles los cuidados necesarios y recibir atención médica.

En cuanto a los compañeros sabemos que los niños tienden a ser muy directos y sinceros , muchas veces los niños con dificultades no saben como integrarse y se muestran ante los otros de una forma insegura . Incluso si los signos de esa dificultad son visibles los compañeros pueden hacerlos más evidentes y hacer sentir al niño inferior y discriminado. Lo cual se refleja claramente porque tienen a desconfiar completamente del Odontólogo y llegan con una predisposición al tratamiento, ya que les cuesta trabajo que alguien tenga tanta proximidad a ellos y mas un contacto con algo tan íntimo como lo es la cavidad bucal.

También los compañeros les pueden manejar información errónea, como “ te va a doler “ , “es horrible “ , “ son personas malas “ , “ siempre te lastiman” etc.....los niños con DA muchas veces son muy manipulables debido a su formación con inseguridad por lo que estas palabras pueden ser tomadas muy en serio.

Influencia de acontecimientos previos: médico-odontológicos

Esta variable es talvez la más difícil de corregirla, ya que el niño ha experimentado por sí mismo un procedimiento que es molesto, doloroso o simplemente desagradable.

Lo que se tiene que hacer es tomar en cuenta lo que nos esta refiriendo y demostrarle que existen otras maneras de tratarlo y de llevar acabo el tratamiento. “ Se trata de no argumentar con su experiencia , no negar sus sentimientos; específicamente, no tratar de convencerlo que lo que se, escucha o percibe no es así.”

Influencias del odontólogo en el comportamiento del niño

“Los métodos con los que un Odontólogo aborda y trata a un niño, son de importancia crítica para las reacciones y actitudes del mismo, en la situación de tratamiento odontológico.”⁸

Efecto del atuendo del odontólogo

Efecto del atuendo del Odontólogo debe de ser una vestimenta agradable, que no se asocie a un diseño hospitalario porque puede ser que el niño tuvo una mala experiencia y esa imagen le traerá un flashback de esa situación complicando su manejo.

Sin embargo, actualmente se está dando más importancia a la vestimenta bajo el principio de “bioseguridad”, que son atuendos con máscaras, mandiles largos, gorros y guantes.

Efecto de la duración y hora de la cita

Las citas cortas para los niños, son mejor aceptadas, ya que dentro de su capacidad de comprensión, para ellos una visita corta constituye tal vez un paseo, una distracción, de carácter agradable.

⁸ Castillo Mercado Ramón. Manual de Odontología Padiátrica. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. pag 35

En cuanto a la hora de la cita, la mejor es en la mañana ya que tanto el niño como el Odontólogo están emocionalmente mejor, dispuestos a abordar una acción delicada, el niño está mas descansado.

Efecto del ambiente físico y su atmósfera

Obviamente un lugar agradable y cómodo, ofrece mejores posibilidades de un buen comportamiento, y mucho mejor si a esto le agregamos un equipamiento sencillo, no sofisticado que cause incomodidad al niño. Es bueno hacer que el niño establezca un diálogo sobre lo que ve o acciona.

Coefficiente Intelectual

El coeficiente intelectual del niño resulta necesario a efectos de clasificación y orientación para poder determinar que métodos de manejo vamos a aplicar.

Existen diferentes formas de medir la capacidad intelectual. La más utilizada es la Escala de Inteligencia Stanford – Binet, forma L- M. Es una prueba estructurada que puede administrarse individual o colectivamente, es el resultado de dividir la edad mental entre la edad cronológica y multiplicarlo por 100.

Según la clasificación, los niveles de CI son:

- Fronterizo (CI: 68-83).
- Ligero (CI: 52-67).
- Moderado (CI: 36-51).
- Severo (CI: 20-35).
- Profundo (CI: por debajo de 20).

Al igual dentro de las DA también podemos encontrar diferentes tipos de discapacidad como leve, moderada, severa y profunda. “Una persona con una discapacidad de aprendizaje leve (CI >50) va a ser capaz de vivir, trabajar, de aprender con tan sólo un poco de apoyo. Sin embargo una persona con un nivel profundo (CI < 50) va a requerir ayuda para realizar sus actividades cotidianas y estar bajo la supervisión de algún responsable.”⁹

8.3 Relación odontólogo – paciente

La primera cita suele ser la más importante, al igual que con los pacientes sin alteraciones, ya que preparará el campo para las citas futuras y es ahí donde de establecerá la relación odontólogo – paciente. Se debe disponer de tiempo suficiente para hablar con los padres y el paciente antes de iniciar cualquier atención dental y así disminuir la ansiedad de ambos y establecer una buena comunicación con ellos. Esta demostración de sinceridad e interés resulta vital en el tratamiento.

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

- Dar un breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice con el diseño y mobiliario, con el fin de disminuir el temor a lo desconocido.
- Hablar lentamente. Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el paciente.
- Dar sólo una instrucción a la vez. Felicitar al paciente luego de haber finalizado exitosamente una acción por más mínima que haya sido.

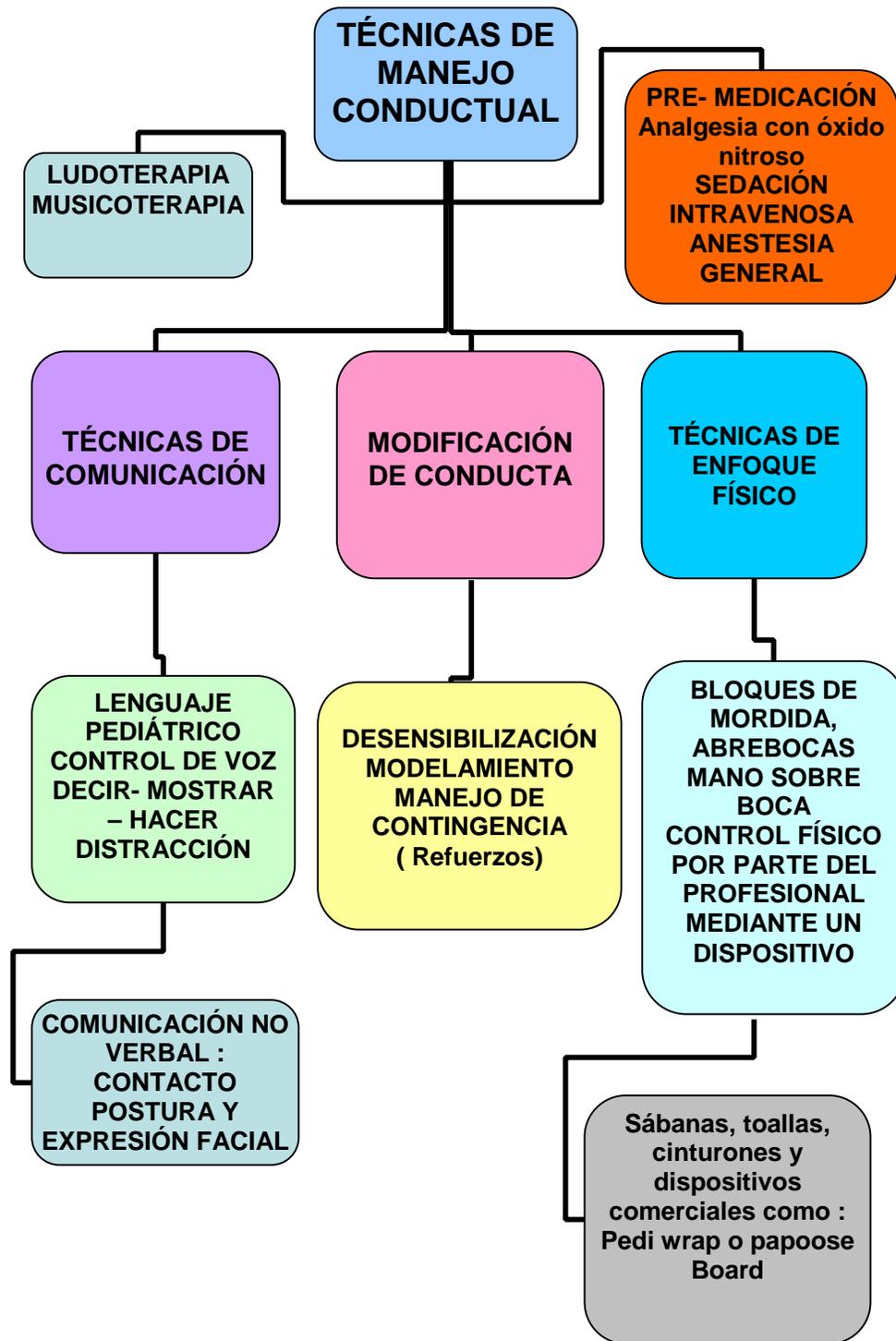
⁹ Godsell M, Scarborough K Art. Cit. pág 64

- Escuchar cuidadosamente al paciente. Los individuos con DA suelen tener problemas de comunicación y el escucharlos y entenderlos les permite tener más confianza.
- Mantener sesiones cortas. Progresar gradualmente a procedimientos más difíciles, luego que el paciente se haya familiarizado con el ambiente.
- Citar a los pacientes discapacitados a primeras horas del día, cuando tanto el Odontólogo como el paciente se encuentran menos fatigados, física y mentalmente.

9. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE

Un aspecto importante es que el odontólogo entienda que los pacientes especiales pueden tener más apariencia de gente normal en todos los sentidos y no deben de ser tomados como un estorbo. Se debe de ayudar al paciente a ser más autónomo con ayuda y motivación.

9.1 Clasificación de las técnicas de manejo conductual



“Debemos tener cuidado con las técnicas que se van a emplear, ya que algunas de ellas no son aceptadas por los padres, especialmente las que son de carácter invasivo. Es por eso que antes de utilizar cualquier técnica de enfoque físico es bueno agotar todas las posibles opciones.”¹

La AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry) se ha encargado de investigar y tratar más a fondo junto con diferentes científicos procedimientos no invasivos que ayuden al odontólogo en la consulta.

La principales técnicas fueron:

Distracción

Algunos pacientes pueden ser controlados desviando su atención con actividades alternativas como lo son : viendo la televisión, jugando videojuegos, escuchando historias grabadas , con el fin de disminuir la probabilidad de percibir una acción como incómoda. “ A los niños con DA les es agradable utilizar interruptores grandes parecidos a botones para controlar con facilidad y seguridad cualquier dispositivo, esto les produce cierta seguridad y se sienten en un ambiente cómodo.”²

¹ J.R. Boj DDS. PhO, JM Dávila DDS: MS Differences between normal and developmentally disabled children un a first dental visit, Journal of Dentistry for Children Jan – Feb 1995

² Christine, Miles.” Educación especial, para alumnos con deficiencia mental”, Edit. Pax, México, 1990, 237 pp.

Modelamiento

Consiste en permitirle al niño, observar uno o más modelos que muestren una conducta apropiada en un determinado momento. El modelo puede ser vivo o simbólico.

El odontólogo también se convierte en un modelo, por lo que tiene que mantener siempre una actitud calmada y segura, para eliminar del ambiente, modelos negativos.

Esta técnica puede ser importante tanto para el niño que observa, como para la persona observada, ya que el niño que observa se prepara para aceptar el tratamiento, y al mismo tiempo se da un ejemplo de lo que se espera de él dentro del consultorio. Y para el niño que es observado es una motivación ser un modelo, ya que se va a sentir bien de ser el ejemplo a seguir , esto hará que se siga comportando de tal manera.

Esto es con intención de que en vez de tener al niño en la sala de espera ansioso y con temor es llevado a sala operatoria para ver a otros niños que sirven de modelos para recibir el tratamiento.

No solamente es importante que el niño con DA observe a otra persona, no se debe olvidar explicarle cada paso que se esta ejecutando , para que el niño vaya asociando los momentos y acciones.

Manejo de contingencia (escape o tiempo fuera)

Darle al niño un voto de confianza y control es una buena estrategia para inducirlo al tratamiento. Utilizando una técnica no verbal de comunicación. Ésta técnica consiste en suspender o retirar al paciente por un tiempo determinado , de la situación en la cual manifiesta conductas indeseables. Por ejemplo que el paciente levante la mano cuando se necesite hacer alguna pausa; sin embargo esta técnica muchas veces es contraproducente porque el paciente puede utilizarlo como pretexto para atrasar el procedimiento. Puede ser que el mismo odontólogo suspenda cierta acción por 5 segundos comentárselo y reiniciar el procedimiento.

“Está diseñado para disminuir no sólo el comportamiento indeseable, sino también para aumentar los comportamientos deseables. Proporcionar información inmediata para enseñar a los niños, logra un proceso de adaptación para hacer frente a comportamientos indeseables . ”³

Dentro de esta técnica no verbal podemos agregar otros reforzadores sociales importantes para establecer un rapport con el paciente.

³ Brett R. Kuhn, PhD Keith D. Allen , PhD. Expanding Child behaviour management technology, in pediatric dentistry, a behavioural science perspective. Ja / Feb 1994 VOI 16 Num 11 pp 13- 17

Estos reforzadores son:

Elogios.- Son importantes para hacer sentir bien al paciente con expresiones como : “ bien “, “ buen trabajo” , “lo haces muy bien”, hace sentir al paciente importante y estimulará a que siga haciendo su mejor esfuerzo.

Expresiones faciales: Es muy importante que el Odontólogo siempre muestre una expresión congruente con lo que se esta diciendo. Si se esta dando una indicación importante , la expresión debe de ser seria . Si se quiere decir alguna oración alentadora, la expresión debe de ser agradable y sincera. Nunca fingir algo que no es y mucho menos tratar de engañar al paciente, porque eso provocaría la pérdida de la confianza y sin ella el manejo sería un fracaso.

Cercanía- Es importante hablar y/o escucharse uno al otro por un rato, convivir, jugar juntos para que ese abismo que existe desde un principio entre el paciente y el odontólogo sea menor.

Contacto físico – Se puede manifestar desde un apretón de manos un abrazo, palmear el hombro o al espalda. Después de haber establecido una cercanía.

Desensibilización

Según el estudio realizado en “Dental School of the University of Barcelona “la desensibilización y modelaje son dos de las técnicas más usadas. Es por eso que para comprobarlo se realizó un proyecto en donde se colocó un video antes de la consulta odontológica a niños especiales de Rochester, NY y a niños sin alguna alteración en Barcelona, en donde aparecía un odontólogo disfrazado de payaso y un niño modelo portándose excelente y mostrando gran empatía al

tratamiento. En niños sin alteración alguna se obtuvo un resultado positivo ya que entraron a la consulta con una actitud positiva y familiarizados con el ambiente.

En cambio en los niños especiales no se obtuvieron los mismos resultados ya que a diferencia, se mostraron más angustiados y confundidos, pudiéndose deducir que no entendieron el mensaje del video, canalizaron la información de una manera diferente, lo cual les produjo mayor inseguridad hacia lo que les iban a hacer entrando al consultorio.

“Con esto se llega a la conclusión de que los niños especiales no necesitan extensas y múltiples explicaciones , lo que necesitan son acciones en que ellos sean capaces de asociar. “⁴

La desensibilización incluye una relajación muscular y describirle escenas imaginarias en las que el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.

Tratando de presentar al paciente estímulos agradables ante una situación que provoca miedo o ansiedad. No debemos olvidar que “las impresiones visuales serán fortalecidas por asociaciones simultaneas con impresiones táctiles”. ⁵

⁴ J.R. Boj DDS. PhO, JM Dávila DDS: MS Differences between normal and developmentally disabled children un a first dental visit, Journal of Dentistry for Children Jan – Feb 1995

⁵ Miles T.R. Métodos y programas de enseñanza Dislexia .Editorial Trillas pág 102

En los pacientes con DA nunca se les debe de dejar solos cuando se presente material didáctico para desensibilizar o ante el modelo, ya que en todo momento el odontólogo o asistente debe de estar seguro que el niño esta captando lo que se le muestra.

Esto se puede realizar mediante preguntas sobre lo que se observa, repetición de conceptos importantes después de haberlos expresado para verificar que no se hayan olvidado.

El permitir que el paciente toque y juegue de alguna manera con el instrumental que se utilizará también es una forma de desensibilizar. Esta técnica va de la mano con la técnica Decir – Mostrar - Hacer.

Decir – Mostrar- Hacer y Lenguaje Pediátrico

La idea es familiarizar al niño con ambientes, instrumentos y gente nueva. Debe llevarse acabo de la siguiente manera :

- 1) Decir y explicar al niño lo que se le va a hacer antes de comenzar cualquier maniobra, para tranquilizarlo ante la nueva situación.
- 2) Se le explica al niño los pasos a seguir.
- 3) Se realiza la técnica.

En esta técnica es importante el lenguaje que se va a utilizar debemos recordar que elegir el lenguaje apropiado es necesario para exponer las ideas, para reducir su miedo así como para que nos entienda lo que se le dice.

Es importante pronunciar las palabras despacio y claramente . No debemos encimar ideas o instrucciones porque lo podemos confundir y perder su atención.

Se modificarán palabras técnicas según las necesidades y edad mental del paciente.

Técnicas de enfoque físico

“Siempre se debe de obtener el consentimiento de los padres, si no se acepta esta opción se expone la anestesia general o sedación intravenosa”.⁶ Es una decisión difícil de tomar ya que se entiende por restricción física una forma de maltrato físico y psicológico . Y la opción de anestesia general un procedimiento con más riesgos y costoso.

Sin embargo es nuestra labor explicar a los padres lo que se logra con la restricción física que es controlar o limitar los movimientos del paciente para su protección. Enseñarle al niño la conducta que se espera de él, protegerlo de lesiones y hacer más fácil la técnica dental.

Se le debe de explicar claramente que no es un castigo si no que solamente se le esta ayudando a no lastimarse.

Las técnicas de enfoque físico empiezan desde un abre bocas, indispensable actualmente para el control de la abertura de la boca. Sirve como un recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta durante los tratamientos.

Control de Voz y Mano Sobre Boca

Con el control de voz se adopta una actitud autoritaria para restablecer una comunicación que se perdió, con pacientes no colaboradores. Sin embargo en niños con DA esta técnica de control de voz no es utilizada ya que el odontólogo debe mantener la voz como en un principio,

⁶ Guidelines for the elective use of conscious sedation, deep sedation , and general anesthesia in pediatric dentistry; Pediatric Dentistry 7: 334- 37, 1985

tranquila y suave; no como es en los casos normales el cambio súbito y abrupto de tono.

En este caso los pacientes no van a responder como esperamos, al contrario el hecho de alzar la voz los altera aun más, eleva su estrés y nerviosismo, desconfían más de la persona porque no captan la idea de llamada de atención sino que lo toman a agresión y ataque a su persona. Claro que esta que existen excepciones, en donde se tendrá que modificar el tono de voz dependiendo el caso.

Lo mismo pasa con la técnica de mano sobre boca, la cual esta prohibida en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos, porque no tienen la misma capacidad de comunicación.

Control físico por parte del profesional

Siempre se debe de estar en una posición accesible para interceptar cualquier movimiento involuntario o voluntario del paciente, ya sea de los brazos , piernas o cabeza, claro esta con ayuda de un asistente.

Hay procedimientos como lo es la anestesia local en los que el paciente va a responder ante el estímulo , es por eso recomendable que el profesional posicione su brazo alrededor de la cabeza el niño mientras trabaja para evitar movimientos de ésta y el asistente controla mientras tanto brazos como piernas.

Existen dispositivos como Pedi- Wrap (dispositivo de nylon con cierres de velero) o el Papoose Board (tabla rígida con envoltorio de tela). Se debe tener cuidado en colocarlas adecuadamente verificando que la tela llegue a la altura del pecho no más arriba y que en ningún momento llegue a lastimarlo.

En este tipo de pacientes con DA la mayoría de las veces no se necesita de alguna restricción física sin embargo debido a la existencia de niveles de discapacidad llega a estar indicada como cuando el paciente presenta un problema motriz severo en donde le cueste trabajo controlar sus impulsos, en pacientes con un grado de dificultad de aprendizaje profundo y en pacientes muy pequeños.

Existen otras características importantes que se deben tomar en cuenta durante la atención dental en especial con pacientes diferentes:

1. La posición del asiento debe de ser plana como si fuera una cama.
2. La parte donde van lo pies debe de estar un poco elevada para que quede más alta que la cabeza, con el fin de tener una mejor visión de las dos arcadas.
3. La cabeza del niño debe ser colocada en el borde de la cabecera.
4. La luz de la lámpara se debe colocar perpendicular al plano paralelo de la boca para que la luz no vaya a molestar en los ojos del paciente a menos de que se tenga en mente alguna estrategia utilizando lámpara.
5. La lámpara es una buena forma para lograr que el paciente no se mueva del lugar indicado donde el operador pueda realizar su trabajado sin problemas.
6. Se puede utilizar un método de contingencia y asociación, dejándole al paciente el control de la lámpara la cual no molestará en los ojos si el paciente no se esta moviendo de su lugar.

Si le da directamente en los ojos quiere decir que se movió y está en una posición inadecuada. Esto se puede practicar desde antes que se inicie el tratamiento.

7. Nunca se nos debe de olvidar el contacto visual utilizando al mismo tiempo palabras agradables. De esta manera también podemos comprobar que el paciente nos esta entendiendo.
8. Se le debe de explicar al niño todos los movimientos que se van a realizar refiriéndonos a los de la unidad dental.

“ El niño puede asociar la unidad dental con su cama de verdad diciéndole que es una cama que se hará para atrás con el fin de acomodarse como si se fuera a dormir.”⁷ Y así poco a poco cada que se encuentre el niño en el asiento de la unidad y ésta se empiece a mover, sabrá que eso significa el recostarse por completo.

9. Las entradas de sonido son un factor que no se deben de olvidar, ya que es muy fácil que estos niños asocien el sonido de la pieza de alta con la proximidad a una acción de incomodidad. Igual el olor de la anestesia tópica. Por lo tanto es importante que al mismo tiempo se presente otro estímulo con el que el primero, no se vuelva tan relevante.
10. Un punto importante para tranquilizar al niño es respirar profundo y exhalar por la nariz esto provocará en él un relajamiento y dejará de llorar.
11. Se pueden utilizar múltiples técnicas en una sola sesión de acuerdo a la imaginación y capacidad que cada odontólogo puede tener, se

⁷ Kendrick , DMS , MS. Practical tips managing children´s behaviour Journal of Dentistry for Children . July- August 1999

pueden combinar cada una de ellas para obtener el resultado esperado.

Lo que el odontólogo debe de tomar en cuenta es que las citas de estos pacientes llevan mayor tiempo y más sesiones, por el hecho de que antes de empezar se realiza una relación entre el paciente y el odontólogo. Aparte de que el paciente tiene que aceptar el tratamiento. Los pasos en los que la confianza y la aceptación del paciente se van haciendo presentes son muy lentos, se necesita de mucha paciencia para lograrlo. No nos podemos brincar ningún paso porque se tendría que empezar de nuevo.

Lo básico en una consulta con un niño especial se divide en cosas que se deben de realizar y cosas que no hablando en términos generales y prácticos.

Lo que el odontólogo si debe de hacer es:

1. Explicar al niño sinceramente que se le va a realizar solo que se puede hacer a manera de juego si el lo permite.
2. Pedirle que ponga atención.
3. Felicitarlo cada vez que logre algo.

Lo que no debe de hacer es:

1. Criticarlo cuando se equivoca.
2. Pedirle que realice muchas actividades en una sola consulta.
3. Pasar a la actividad siguiente sin dominar la anterior.

Dependiendo de las necesidades de cada paciente se puede integrar la intervención de su terapeuta en algunas consultas. La función del terapeuta puede fungir como modelo.

Un ejemplo de cómo integrar las técnicas de manejo puede ser el siguiente:

En la primera cita se debe de establecer el rapport con la familia y con el paciente dejarlo que se de una vuelta por el lugar, irle explicando que es lo que se encuentra en él para que se vaya familiarizando. Mientras tanto se realizarán las preguntas pertinentes a la madre para llenar nuestra historia clínica.

El objetivo es llevar acabo el tratamiento a través de cuatro fases:

- 1) Obtener radiografías
- 2) Examen dental
- 3) Profilaxis
- 4) Operatoria

En la primera sesión del tratamiento se utiliza un refuerzo tangible que no se dará al final de la consulta sino que el paciente tendrá disponible durante toda la sesión, ésto para motivar a que acepte el tratamiento.

Si el paciente ha tenido experiencias previas desagradables, ni siquiera va a acceder a sentarse por lo que al entrar al consultorio el primer paso será que el niño se siente en una silla próxima por un período aproximadamente de 3 minutos.

Se sentará en una silla donde pueda observar cuando la asistente o un modelo se siente en la silla de los rayos x y deje que el aparato se aproxime a su cara.

De este modo en el siguiente paso se intercambiarán papeles y se le pedirá al paciente que por sí mismo coloque la radiografía en su boca, al darle ese voto de confianza se sentirá motivado. Esto será una simulación para poder llevarla acabo de manera real para que el paciente lo haga con más seguridad.

En la segunda sesión se realizará el mismo procedimiento pero realmente se tomará la radiografía, puede ser que el paciente note la diferencia aunque sea mínima, sin embargo el modelo estará ahí presente como cuando se hizo la simulación. Tu refuerzo ya sea un juguete, muñeca lo que le haya gustado al paciente se le regalará para que se lo lleve a casa.

Para la tercera sesión ya se tienen radiografías y la presentación de un nuevo premio para motivarlo a que continúe con esa actitud. Antes de que el odontólogo sea introducido formalmente la asistente o la terapeuta del paciente tendrá un acercamiento a su cavidad bucal tocando sus dientes, su mucosa, acercándole instrumental que se utilizará para que el paciente se vaya familiarizando y hay una simulación de lo que a continuación el odontólogo realizará.

En la cuarta sesión la paciente se sentará en la unidad dental se le colocará el babero y se intentará recostar; si la paciente no accede se volverá a utilizar un modelo. Logrando esto, se determinará el tipo de técnica que se utilizará: si el paciente ya coopera se continuarán las técnicas ya presentadas para llevar a cabo el procedimiento, si padece una discapacidad más severa se puede tener la opción de algún tipo de restricción física o incluso en una discapacidad profunda una sedación o anestesia general.

El objetivo de este ejemplo es que las primeras citas son las más importantes, ya que es cuando el paciente va a formar una imagen de lo que va a ser su atención cuando asista a "ese lugar". En esas primeras citas el paciente aprendió a asociar, comprendió que no es lo mismo que en sus experiencias anteriores y tiene una nueva visión de la situación. Únicamente se utilizaron las técnicas de desensibilización, reforzamiento y modelaje. Y pueden ser suficientes para lograr la aceptación del

tratamiento. Principalmente se estableció el tipo de relación que el Odontólogo va a tener con el paciente, el cual no fue traumático.

Se pueden agregar otro tipo de técnicas que han resultado efectivas al hacer una conexión con el como lo son:

Ludoterapia

La ludoterapia es la “utilización del juego para ayudar al niño a comprender mejor su propio comportamiento, teniendo en cuenta su grado de madurez, suministrando una derivación a éstas tendencias que desembocan sobre una conducta inadaptada.”⁸El empleo del juego tiene como fin ser el sustituto de la verbalización para comunicarse con los niños.

Para aplicar esta técnica se debe:

1. Permitir la expresión simbólica de las necesidades del niño.
2. Proporcionar diversos juguetes al niño, manteniéndolos en un orden que llame a la exploración y elección. Soldados, carritos, indios y vaqueros, aviones, barcos, muñecos, policías, médicos y sus equipos. Se recomiendan libros de cuentos e historietas, ya que algunos niños prefieren la lectura y hacer historias.

Es recomendable tener buena cantidad de juguetes que puedan usarse de diferentes maneras. Hay que tener algunos juguetes que promuevan sentimientos difíciles de tratar en la vida diaria como aquellos que suscitan “Agresión o Dependencia”. Y juguetes que permitan la competencia, donde pueda intervenir el odontólogo si es la oportunidad.

⁸ Terminologie de l'éducation spéciale = Terminology of Special Education. Éd. rév. Paris : Unesco, 1983. 167 p. (Ibedata), p. 104.

Hay que enfatizar que el espacio de juego es un espacio que le permite al chico la expresión de sentimientos reprimidos esto sirve para ayudarlo a canalizarla mejor y que él aprenda a controlarla, de tal manera que la terapia de juego es un espacio en que además del autoconocimiento, se promueve el autocontrol, distinguiendo siempre lo externo de lo interno, la realidad de la fantasía.

Musicoterapia

Es el uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, educación y adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales. Dentro de los cuales encontramos las dificultades en el aprendizaje.

La musicoterapia se basa en el principio de que todos los malestares tienen su origen en el cerebro, el cual manda señales al organismo, produciendo como consecuencia diversos padecimientos.

Mediante la musicoterapia se envían al cerebro sensaciones que lo llevan a la relajación, por lo tanto se anulan los impulsos que producen la enfermedad, obteniendo en la mayoría de las ocasiones resultados sorprendentes.

La música también provoca reacciones en el sistema nervioso, despertando su dinamismo e influyendo principalmente en la memoria y en la actividad intelectual.

En casos de estrés, el cual es percibido por el cerebro, el musicoterapeuta da a escuchar al paciente fragmentos musicales específicos, ayudándolo a contraatacar el efecto negativo.

Si se busca la relajación, se utiliza música que mezcle sonidos naturales y electrónicos.

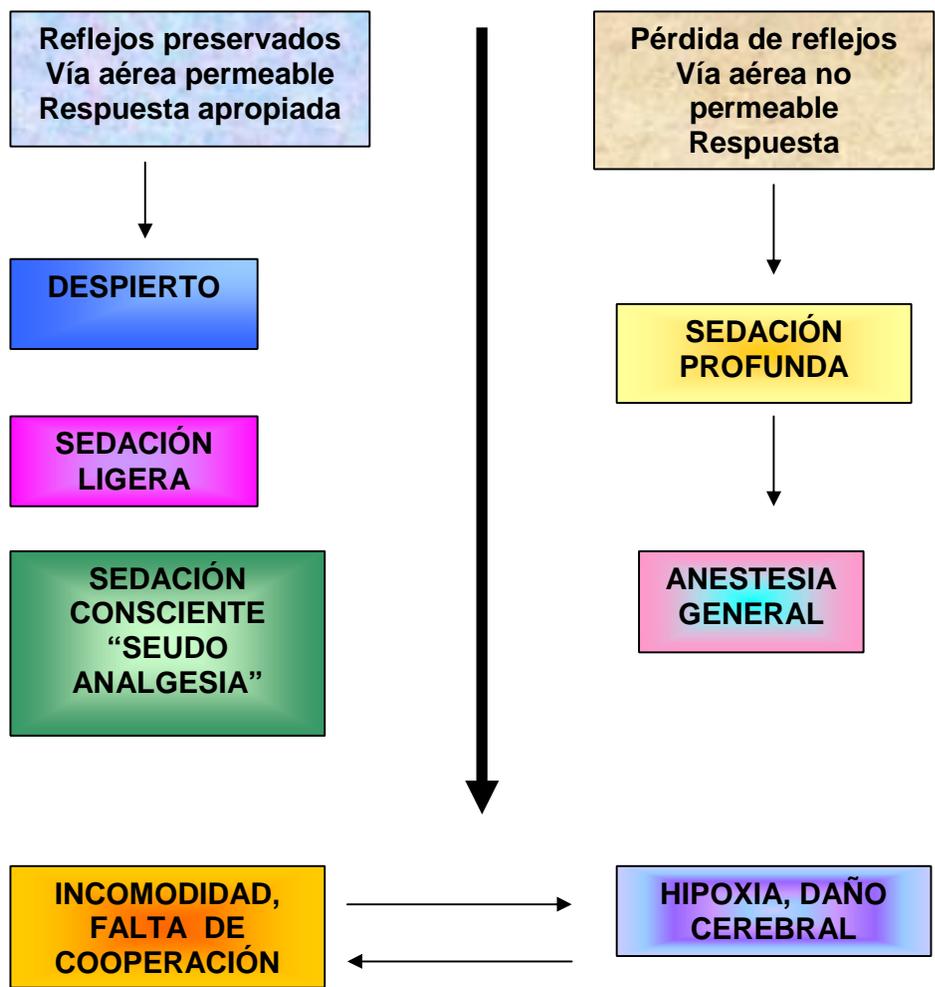
9.1.1 Premedicación, sedación y anestesia general

Este tipo de técnicas solamente se utilizarán en caso de haber agotado todas las anteriores. Existen diferentes motivos para tomar esa decisión dentro de las cuales las más importantes son : enfermedades sistémicas y coeficiente intelectual muy bajo.

Objetivos de la sedación

- Minimizar la incomodidad físico y mental.
- Obtener cooperación y/o facilitar el procedimiento.
- Preservar la seguridad del niño.
- Devolverlo a su estado previo tan pronto como sea posible.

SEDACION	GRADOS
Tipo I	Sedación Mínima (ansiolísis)
Tipo II	Sedación/analgesia moderada (sedación consciente)
Tipo III	Sedación/analgesia profunda
Tipo IV	Anestesia General



EVENTO ADVERSO	Intrahospitalario	Extrahospitalario (Pacientes más sanos y mayores)
Evento primario Respiratorio	80%	80%
PCR secundario	14%	54%
Resucitación inadecuada	2%	57%
Muerte o daño neurológico	37%	92%

Figura 1. Zeltzer LK, . Report of the subcommittee on the management of pain associated with procedures in childrens with cancer. Pediatrics 1990; 826-831

“Se recomienda un monitoreo durante la sedación ya que es una manera muy reconocida de atender a tiempo problemas de las vías respiratorias sin secuelas futuras.”⁹

- PANI (Presión arterial no invasiva)
- Oxímetro
- ECG (pulso)

Medicamentos para sedación y analgesia

Muchas veces es necesario utilizar métodos que nos ayuden al manejo de algunos pacientes con el uso de ansiolíticos (óxido nitroso) que se utiliza para inducir un estado de relajación. Un anestésico local se administrará junto con la sedación con óxido nitroso para eliminar el dolor. También se utilizan otro tipo de sedantes como hipnóticos, opioides, diazepam para sedación mínima y moderada.

Estas técnicas son usadas principalmente cuando el niño esta asociado a alguna enfermedad sistémica y no es aconsejable tratarlo en

⁹ American Academy of Pediatrics, Committee on drugs. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutics procedures. Pediatrics 1992; 89: 1110-5

consulta privada, por las complicaciones posibles que se puedan presentar. Por lo que se requiere una atención hospitalaria.

Los niños con discapacidades de aprendizajes principalmente como la dislexia tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades como Síndrome de Déficit de Atención, Asma , Tiroiditis y enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa y la Enfermedad de Crohn). Obviamente la presencia de estos trastornos hace modificaciones en el protocolo de atención dental.¹⁰

El punto en el que debemos poner atención es principalmente en el manejo medico. Un niño con dislexia necesita servicios de un pediatra, psicólogo, psiquiatra, neurólogo, oftalmólogo y audiólogo.

Es por esto que el odontólogo debe obtener una historia clínica completa y comunicación con el pediatra del niño, para verificar la existencia o no de alguna enfermedad inmunológica. Y tomar en cuenta los medicamentos que está ingiriendo.

Las citas por las mañana también son las convenientes ya que independientemente de que es una hora ideal en donde el niño se encuentra tranquilo, también es apropiada porque el medicamento se encuentra en su máxima eficacia.

El piracetam (fármaco hidrosoluble de síntesis con acción a nivel cerebral) es muy utilizado en casos para personas con trastornos en el aprendizaje, ya que es un fármaco que coadyuva a mejorar el metabolismo de la neurona permitiendo una mejor captación del oxígeno.

¹⁰ Friedlander H. Arthur, DDS, Friedlander Kreinik Ida, Yagiela A. John, Eth Spencer. Dental management of the child with developmental dyslexia. Journal of Dentistry for Children. January – February 1994 p. 39

En casos de hipoxia celular, el piracetam puede ser de utilidad ya que se le atribuye protección a la neurona.

El metilfenidato es un medicamento psicoestimulante del sistema nervioso central. Éste afecta a los químicos en el cerebro y nervios que contribuyen a la hiperactividad y el control del impulso.

Es de gran importancia para el Odontólogo saberlo ya que este medicamento causa: latidos cardiacos rápidos, fuertes, o irregulares, sensación de desvanecimiento, desmayo, aumento en la presión arterial (dolor de cabeza intenso, vista borrosa, dificultad para concentrarse, dolor de pecho, entumecimiento, convulsiones). Por lo que se necesita ser muy prudente con la anestesia local aplicada, evitando vasoconstrictores que puedan interactuar con estos efectos secundarios y agudizarlos.

Si el paciente tiene asma es importante evitar medicamentos como la aspirina, ibuprofeno, o los sulfatos antioxidantes encontrados en los anestésicos pueden desencadenar un ataque asmático, es por eso que se recomienda el acetaminofén. Incluso un antihistamínico antes de la consulta que ayude a abrir las vías aéreas y calmar la ansiedad del niño. “Una sedación profunda no está indicada porque tienen reducido el control de las vías aéreas y los opiodes deben de ser evitados a causa de sus efectos depresores respiratorios y a medicamentos como la morfina o meperidina las cuales liberan histamina.”¹¹

Si el niño posee un trastorno de la tiroides solamente se puede atender en un hospital ya que la anestesia local o cualquier amina puede producir una taquicardia o arritmias fatales. Este tipo de pacientes son hipersensibles inclusive a dosis muy leves de cualquier sedante – hipnótico, por la depresión en su sistema nervioso central.

¹¹ ib

Los niños con enfermedades intestinales van a requerir citas cortas y el uso de óxido nitroso para reducir el estrés. Una biometría hemática está indicada para cualquier cirugía bucal ya que puedes diagnosticar una anemia que es contraindicación de una cirugía oral de lo contrario, puede desencadenar un sangrado excesivo.

10. CONSEJOS Y SOLUCIONES PARA PADRES

En ocasiones, la familia no tolera bien la existencia de dificultades de aprendizaje en su hijo. Se crea un sentimiento de preocupación que se transforma en respuestas de ansiedad; también son frecuentes los sentimientos de culpa.

Algunos consejos para los padres de niños con discapacidad de aprendizaje son:

- Fomentar una actitud positiva y relajada, intentando evitar transmitir la preocupación al niño.
- Felicitarle por cada pequeño avance, no esperar cambios importantes para mencionarlo. Su esfuerzo también merece ser valorado y así mejorará su autoestima.
- Mantener actitud cordial y afectuosa con el niño, evitando que sea el tema continuo de conversación familiar.
- Crear hábitos positivos que favorezcan en el medio familiar el gusto por el conocimiento y los hábitos de estudio así como de salud. Si el niño observa como los papas se cepillan los dientes, y lo hacen junto con él, el simple hecho de observar ese hábito le ayudará a no ver la actividad como algo extraño, si le parece

desagradable en un principio con el tiempo irá mejorando, cuando asista a la consulta dental la profilaxis no será para él algo nuevo.

- Establezca reglas claras y las consecuencias: es importante lograr que el niño entienda que todo tiene un efecto.

- Este seguro de tener la atención de su hijo, sea breve y preciso, de una instrucción a la vez, gradualmente aumente la complejidad de instrucciones.

- Ayude a su hijo a organizarse, tenga un lugar para todo, establezca las rutinas, cuando deben ser alteradas algunas actividades tome tiempo para explicar el cambio encamine al niño hacia el nuevo procedimiento; puede realizar mapas como recordatorios

- Repita experiencias de aprendizaje, puede ser mediante diferentes actividades.” Es más importante enseñarle al niño que se debe cepillar los dientes, más que el aprender una técnica de cepillado.”¹ Si el niño ya captó el hecho de tener higiene bucal, los papás pueden apoyarlos revisando su cepillado.

¹ Friedlander H. Arthur, DDS, Friedlander Kreinik Ida, Yagiela A. John, Eth Spencer. Dental management of the child with developmental dyslexia. Journal of Dentistry for Children. January – February 1994 p. 39

- Ayude a su niño como aprender utilizando juegos de aprendizaje: haga que el aprendizaje sea una experiencia divertida con modos diferentes de aprender crear un centro de estudio para su hijo y enseñar las habilidades de estudio.
- Comuníquese frecuentemente a la escuela, para verificar el avance de su hijo.
- Reconocer la frustración del niño: Deje que su hijo entienda que usted comprende sus dificultades y que también sabe que se está esforzando.
- Premie a su hijo por el comportamiento apropiado.
- El platicarle acerca de la consulta dental de un modo positivo, ayudará al Odontólogo a ganarse su confianza ya que la predisposición del niño no será negativa. Nunca mencionar la palabra “dolor”, “inyección”, “piquete” y referirse inmediatamente al Odontólogo porque el niño lo puede asociar.
- Llevar a su revisión dental al paciente cada 6 meses. Para tener un control del tratamiento realizado y realizar su profilaxis.

CONCLUSIONES

La discapacidad de aprendizaje es un trastorno común, ya que se dice que afecta a 1 de cada 10 niños. Los niños con discapacidades de aprendizaje suelen tener un rango normal de inteligencia, sin embargo es difícil para ellos concentrarse, seguir instrucciones y reglas en casa o en la escuela.

El comportamiento mas común que presentan los niños con DA es el de tener una actitud negativa, ya que para ellos los profundos sentimientos de frustración, enojo, tristeza o vergüenza provocan trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión o baja autoestima.

Durante la historia clínica se tiene que poner especial interés a fin de detectar señales que pudieran indicarnos que el paciente presenta este problema, los más importantes son: dificultades para entender y seguir instrucciones, no puede dominar la lectura, ortografía y operaciones matemáticas.

Actualmente los pacientes pediátricos acuden a consultas dentales incluso antes que a la escuela, y el odontólogo se enfrenta a estas dificultades de aprendizaje; por ejemplo si un niño de 18 meses parece no comprender o no responde al lenguaje de sus padres, éstos podrían consultar a su pediatra, quién en primer lugar examinará la audición del niño. Si su sentido auditivo se encontrara en buenas condiciones, el niño será referido a un "Terapista de lenguaje".

Es necesario conocer las características que presentan estos niños con DA, con el fin de identificarlos e informar a los padres sobre su padecimiento, si es que se ignora. Recomendarles una atención médica especializada así como psicológica, evitando el avance de problemas emocionales que se presentan debido a un diagnóstico inadecuado.

Es importante que el odontólogo conozca la manera de utilizar las técnicas de manejo conductual con pacientes especiales, como lo son los niños con DA, ya que pueden ser aplicadas para el abordaje psicológico del paciente y para el uso de estrategias que tengan como objetivo un tratamiento odontológico óptimo.

El conocimiento de las características del paciente especial y el manejo adecuado puede evitar el uso de técnicas riesgosas como la anestesia general que sólo en caso de alguna enfermedad sistémica o discapacidad profunda se realizará.

BIBLIOGRAFÍA

American Academy of Pediatrics, Committee on drugs. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutics procedures. Pediatrics 1992; 89: 1110-5

American Academy of Pediatrics. Committee on Children with Disabilities. Policy Statement. Developmental Surveillance and Screening of infants and young children. Pediatric, 2001; 108 (1): 192-5

Brett R. Kuhn, PhD Keith D. Allen , PhD. Expanding Child behaviour management technology, in pediatric dentistry, a behavioural science perspective. J Pediatr / Feb 1994 Vol 16 Num 11 pp 13- 17

Cabello S., Maricela. Discapacidad y dificultades de aprendizaje: Una distinción necesaria Disability and learning difficulties: A necessary distinction". Universidad Pedagógica Experimental Libertador

Calderón González, Raúl. El niño con disfunción cerebral, trastornos del lenguaje aprendizaje y atención en el niño. Ed. Limusa México, D.F. Primera Ed 1990. pp 19- 25

Castillo Mercado Ramón. Manual de Odontología Pediátrica. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. C, A; pp 21- 61

Christine, Miles. Educación especial, para alumnos con deficiencia mental. Edit. Pax, México, 1990, pp.200- 237

Cobos Álvarez P. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo. Madrid; Ediciones Pirámide, 2003.

Escobar Muñoz Fernando. Odontología pediátrica. ED EMULCA; C. A. Caracas Venezuela . Actualidad Médico Odontológico Latinoamericana pp 29- 53

Ezcuraa,M (2000) .Elementos para un diagnostico de la integración educativa de las niñas y los niños con discapacidad y necesidades educativas especiales, en las escuelas regulares del distrito federal, DDF, México

Friedlander H. Arthur, DDS, Friedlander Kreinik Ida, Yagiela A. John, Eth Spencer. Dental management of the child with developmental dyslexia. Journal oj Dentistry for Children. January – February 1994 p. 39

Mariela Cabello S. Disability and learning difficulties. Instituto Pedagógico de Caracas. Revista de Investigación N° 62. 2007 pp 55- 70

Ortiz Gonzales, Maria del Rosario. Manual de dificultades de aprendizaje. Ediciones Pirámide, 2004 pag. 33- 45

Pa Fonseca Vitor. Dificultades de aprendizaje. Ed. Trillas México, D.F. , 2004 . pp 139- 192

Patricia I. Myers y Donald D. Hammil. Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje. Limusa México 1982 pp 15- 59.

Quiros, Shrager . Fundamentos neuropsicológicos de las discapacidades del aprendizaje. Editorial Médica Panamericana: México 1998

Tranopol, Lester. Dificultades para el Aprendizaje. Guía Médica y Pedagógica. Sc. D. Segunda Edición 1986 pp 3- 10

Guidelines for the elective use of conscious sedation, deep sedation , and general anesthesia in pediatric dentistry; Pediatric Dentistry 7: 334-37, 1985

Godsell M, Scarborough K (2006) Improving Communications for people with learning disabilities. Nursing Standard. 20, 30, 58 . Date of acceptance: February 6 2006 NS336

J.R. Boj DDS. PhO, JM Dávila DDS: MS Differences between normal and developmentally disabled children un a first dental visit, Journal of Dentistry for Children Jan – Feb 1995

Kendrick , DMS , MS. Practical tips managing children´s behaviour Journal of Dentistry for Children . July- August 1999

Miles T.R. Métodos y programas de enseñanza Dislexia.Editorial Trillas pág 102

Terminologie de l'éducation spéciale = Terminology of Special Education. Éd. rév. Paris : Unesco, 1983. 167 p. (Ibedata), p. 104.

S. M Hashim Nainar, BDS, James J. Crall, DDS, MS, SM . Child patient behaviour: a new perspective. July- August 1991. Journal of Dentistry for Children pag 304

Zeltzer LK, Report of the subcommittee on the management of pain associated with procedures in childrens with cancer. Pediatrics 1990; 826-831