



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ACTITUD Y PROBLEMÁTICA DEL CIRUJANO
DENTISTA ANTE EL NIÑO DÉBIL VISUAL Y CIEGO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

LESLY MARIANA LEYVA MARTÍNEZ

TUTORA: C.D. ÁNGELES LETICIA MONDRAGÓN DEL VALLE



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.

Dedicatorias

A Dios por ser la razón de mí existir, gracias por tu amor inalterable, misericordia y fidelidad. Gracias por siempre estar conmigo a cada paso que doy a pesar de mis errores y fallas, por nunca soltarme y por permitirme cumplir muchos de mis sueños. Sin Ti mi vida no tendría sentido.

A mis papás, porque siempre he contado con su amor y apoyo para seguir adelante, gracias por todos los sacrificios que han hecho para que pudiera llegar a donde estoy. No tengo palabras ni como agradecerles lo mucho que han hecho por mí, son un ejemplo de vida y algún día espero poder darles un poco de lo mucho que me han dado y enseñado.

A mis hermanos Luis, Arnulfo y Gaby, con ustedes he vivido las experiencias más maravillosas de mi vida han sido un gran ejemplo para mí no saben cuánto los admiro. Gracias por apoyarme en los momentos más difíciles, por compartir conmigo alegrías, tristezas... simplemente cada día a su lado ha sido increíble, son los mejores hermanos del mundo, los amo.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme el honor de estudiar en la mejor universidad de Latinoamérica. Gracias por forjarme como estudiante pero sobre todo como ser humano. Bien dicen que la Universidad es una de las mejores etapas de la vida, y es cierto, nunca olvidaré cada uno de mis días en la Facultad y en la Clínica Venustiano Carranza.

A la Dra. Ángeles Mondragón, porque desde el principio tuvo interés y empeño en la elaboración de este trabajo, gracias por confiar en mí en cada momento. Muchas gracias por su paciencia, tiempo y dedicación. En verdad, sin su gran apoyo, guía y instrucciones, no lo hubiera logrado.

A mis amigos, simplemente gracias por su sincera, genuina y única amistad porque han reído, llorado y mucho cosas más conmigo gracias por ser una parte esencial en mi vida. Gracias por su cariño, apoyo, amor y comprensión. Dios ha puesto a cada uno de ustedes en mi vida y han sido una gran bendición. “En todo tiempo ama el amigo y es como un hermano en tiempo de angustia.”

A la psicóloga Bety Hurtado del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración de Personas Ciegas y Débiles Visuales. Muchas gracias por su ayuda, orientación y por prestarme sus libros pero sobre todo por dejarme convivir con estos niños.

A la terapeuta Luisa Carrillo González muchas gracias por sus atenciones y apoyo.



Índice

Introducción	1
1. Anatomía y funcionamiento del sistema visual	2
2. Debilidad visual y ceguera	10
2.1 Causas de las deficiencias visuales	10
3. Discapacidad	14
3.1 Prevalencia de las deficiencias visuales en el mundo	15
3.2 Prevalencia de las deficiencias visuales en México	15
4. Psicología del paciente con deficiencia visual	17
5. Manejo dental	23
5.1 Interacción con los padres	23
5.2 Adaptación del niño a la consulta	25
6. Características clínicas orales en el paciente con deficiencia visual	37
Conclusiones	38
Bibliografía	40



Introducción

Los pacientes con problemas especiales carecen de una atención dental adecuada debido a que el Cirujano Dentista no tiene la capacitación, preparación o experiencia necesarias. Algunos tienen temor para atenderlos o simplemente no les agrada tratar a estos pacientes. El niño discapacitado requiere de terapias, consultas médicas periódicas, medicamentos, por lo que la atención dental pasa a un plano secundario. Nuestro deber es proporcionar una buena asistencia odontológica a los pacientes con discapacidad ya que las enfermedades bucodentales son uno de los problemas que afectan a un alto porcentaje de esta población.

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

El objetivo del Cirujano Dentista al tratar a pacientes con discapacidad deberá ser elevar el nivel de su salud bucal, prevenir las enfermedades bucodentales y garantizar su rehabilitación total. Para ello es necesario que los Cirujanos Dentistas formen parte activa del equipo multidisciplinario que brinda atención a estas personas en cada área de salud, institución educativa o de salud pública, o en los servicios creados para su atención en hospitales.

La mayor parte de los niños con deficiencia visual habitan en países subdesarrollados, en particular en Latinoamérica, en donde los servicios de salud tanto públicos como privados son insuficientes, no se cuenta con la infraestructura necesaria para la atención odontológica y muchas veces el personal no tiene habilidades y conocimiento del manejo adecuado. En particular en México no se cuenta con suficientes instituciones de atención dental especializados para pacientes con deficiencia visual.



1. ANATOMÍA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA VISUAL

El globo ocular es un órgano par situado a ambos lados del plano sagital de la cabeza; está protegido por grasa, tejidos blandos y las paredes óseas que componen las cavidades orbitarias, además del globo ocular, se alojan el nervio óptico, los músculos extraoculares, la glándula lagrimal, vasos y nervios.¹

El globo ocular está conformado por tres capas, que de afuera hacia adentro son:

- Capa fibrosa (esclera)
- Capa vascular pigmentada (coroides)
- Capa nerviosa (retina).²

Capa fibrosa

La capa fibrosa está formada por:

- Una parte posterior opaca → esclerótica
- Una parte anterior transparente → córnea

La esclerótica se compone de tejido fibroso denso y es de color blanco. Por la parte posterior de ésta atraviesa el nervio óptico. La lámina

¹ Bueno, M. “Deficiencia Visual: Aspectos Psicoeducativos y Educativos”. Málaga, España. Ed. Aljibe. 1994. p. 113.

² Snell, R. “Anatomía Clínica para Estudiantes de Medicina”. México. Ed. Mc Graw Hill. 2000. p. 758.

cribosa es la parte de la esclerótica perforada por las fibras del nervio óptico, arterias y nervios ciliares.

La córnea es la que produce la mayor parte de la refracción de la luz que entra al ojo. Su parte posterior está en contacto con el humor acuoso, es la zona más sensible del cuerpo debido a la abundancia de fibras nerviosas que contiene. Su función principal es mantener la superficie del ojo lisa y transparente, mientras protege el contenido intraocular.³ (Fig. 1)

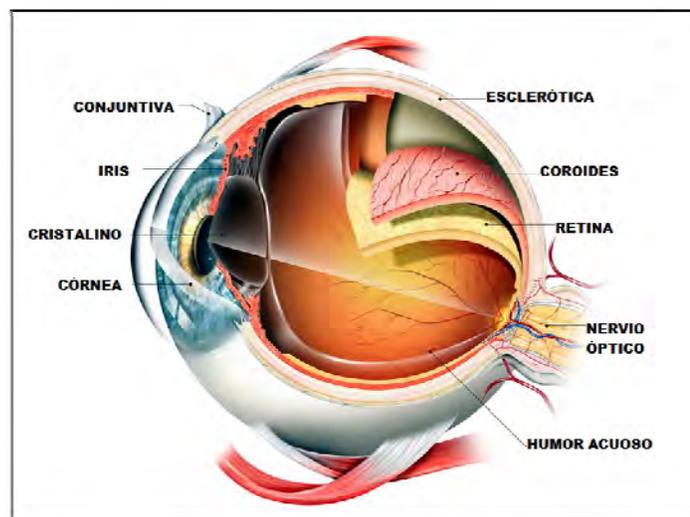


Fig. 1 Anatomía del ojo (capa fibrosa)⁴

Capa vascular pigmentada

La capa vascular pigmentada consiste en:

- Coroides

³ Snell, Richard. Op.cit. pág. 758

⁴ <http://www.lalupa3.webcindario.com/biologia/imagenes/ojo5.gif>



- Cuerpo ciliar
- Iris

Coroides

La coroides se compone de una capa externa y una capa interna con una rica vascularización. Tiene como función principal nutrir la retina, el cuerpo vítreo y el cristalino.

El cuerpo ciliar, se limita con el borde periférico del iris; está integrado por el anillo ciliar, los procesos ciliares y el músculo ciliar.

El músculo ciliar lleva a cabo la acomodación o enfoque del cristalino.

Los procesos ciliares son crestas o pliegues dispuestos en forma radial, en cuya superficie posterior están conectados los ligamentos suspensorios del cristalino.

Iris y Pupila

El iris es un diafragma delgado y pigmentado con una abertura central, la pupila. Está suspendido en el humor acuoso entre la córnea y el cristalino, y divide el espacio entre la lente y la córnea en una cámara anterior y otra posterior. (Fig. 2)

Capa nerviosa

La retina está compuesta por una capa externa y una capa interna nerviosa. La capa externa está en contacto con la coroides y la interna con el cuerpo

vítreo. Las tres cuartas partes posteriores de la retina son el órgano receptor. El borde anterior forma un anillo ondulado, llamado ora serrata.

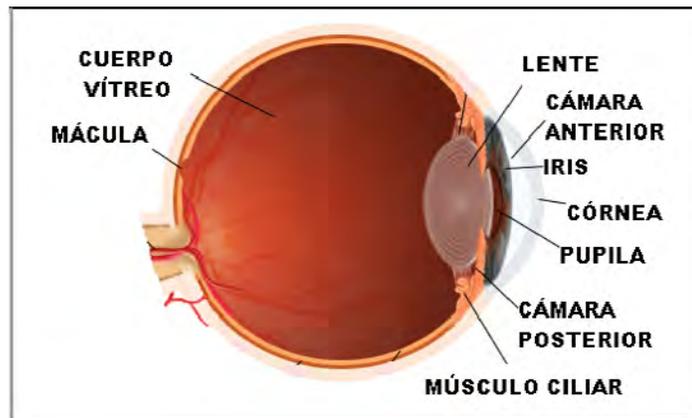


Fig. 2 Anatomía del ojo (capa pigmentada)⁵

La parte anterior de la retina no es receptiva. La mácula lútea está ubicada en el centro de la parte posterior de la retina que es un área ovalada y amarillenta; es la zona de la retina donde se origina la visión más directa. Tiene una depresión central, llamada fovea central.

El nervio óptico sale de la retina por la papila óptica unos 3mm hacia el lado medial de la mácula lútea.⁶ Los componentes neuronales de la retina son los conos y los bastones, la papila óptica tiene una ligera depresión en el centro, de donde emerge la arteria central de la retina, y donde se observa una ausencia absoluta de bastones y conos, por lo que es insensible a la luz y se le conoce como “punto ciego”.⁷

⁵ http://www.portalplanetasedna.com.ar/archivos_varios1/corte_ojo.jpg

⁶ Snell. Richard, Op.cit. pág.759

⁷ Bueno, M. Op.cit. pág. 118



Contenido de globo ocular

El contenido del globo ocular incluye los medios de refracción, humor acuoso, cuerpo vítreo y cristalino.

- Humor acuoso

El humor acuoso es un líquido claro que llena las cámaras anterior y posterior del ojo. La función de humor acuoso es distender la pared del globo ocular mediante la presión interna, lo que conserva la forma esférica ocular, también nutre la córnea y el cristalino y elimina los productos de su metabolismo. Estas funciones son importantes, porque la córnea y el cristalino no tienen irrigación sanguínea.

- Cuerpo vítreo

El humor vítreo llena el globo ocular por detrás de la lente y es un gel transparente; su función es contribuir un poco el poder de magnificación del ojo.

Sostiene la superficie posterior del cristalino y ayuda a soportar la parte neural de la retina.⁸

- Cristalino

El cristalino es una estructura transparente bicóncava encerrada en una cápsula transparente. Se sitúa por detrás del iris y frente al cuerpo vítreo y está rodeado por los procesos ciliares. Consiste en una cápsula elástica, que envuelve la estructura, un epitelio cuboide, que se limita a la superficie

⁸ Snell, Richard. Op. cit. pág.759



anterior del cristalino, además, contiene las fibras del cristalino. Las fibras proporcionan el volumen al cristalino.⁹ La función del cristalino, junto con la córnea, consiste en enfocar los rayos de manera que formen la imagen sobre la mácula.¹⁰

Estructuras accesorias del ojo

- Párpados

Son dos por cada ojo, uno superior y otro inferior. Se encuentran situados en la parte anterior de la cavidad ocular, son móviles y al acercarse, protegen el globo ocular mediante su oclusión.

- Glándulas lagrimales

Segregan de forma continua las lágrimas cuya finalidad principal es humedecer la superficie de la conjuntiva y la córnea; además arrastran las partículas extrañas que podrían dañar el globo ocular.

Seis músculos mueven el globo ocular: recto superior, recto inferior, recto medial, recto lateral, oblicuo superior y oblicuo inferior. Los cuatro rectos permiten la rotación del ojo hacia arriba, abajo, adentro y afuera respectivamente. El oblicuo superior dirige el globo ocular hacia afuera y abajo, y el oblicuo inferior hacia afuera y arriba.¹¹ (Fig. 3)

⁹ Snell, Richard. Op cit. pág. 780

¹⁰ Bueno, M. Op.cit. pág. 119

¹¹ Verdugo, Miguel Ángel. "Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras." Madrid, España. 1998. Ed. Siglo XXI. Pág. 335

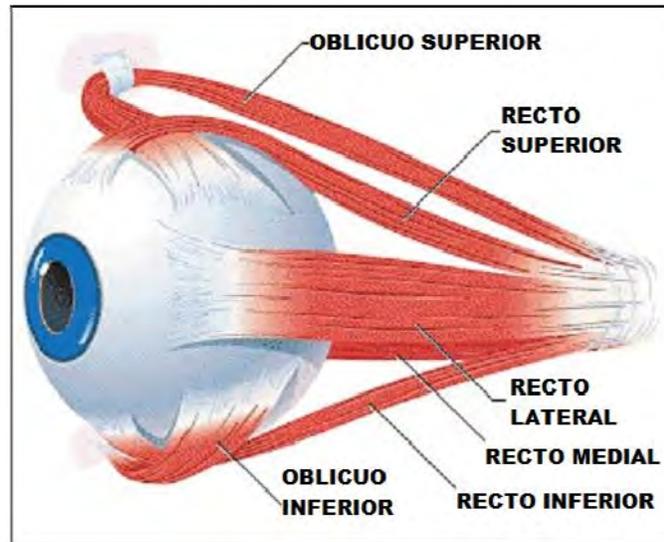


Fig. 3 Músculos del ojo ¹²

Fisiología del ojo

El sistema visual se compone por:

- a) El ojo, el cual enfoca una imagen en la retina.
- b) La retina, que es la parte especializada que transforma la imagen visual en impulsos nerviosos que serán transmitidos por el nervio óptico hacia el cerebro.
- c) El mecanismo cerebral, el cual interpreta las señales visuales y controla las funciones motoras de los ojos.

¹² <http://serenisimo.files.wordpress.com/2009/10/ojo-musculos1.jpg>



Los elementos de la retina sensible a la luz que convierten la imagen visual en impulsos nerviosos son los bastoncillos y conos. Los bastoncillos captan imágenes en blanco y negro y los conos captan los colores.

En el centro de la retina hay una pequeña zona de 0.5 mm de diámetro donde se concentran una gran cantidad de conos conectadas a fibras de nervio óptico, esta zona se conoce como fóvea central.

Las imágenes captadas se transmiten desde la retina hacia el cuerpo geniculado externo del tálamo, gracias al nervio óptico y la cintilla óptica. Posteriormente las señales llegan hacia la corteza visual en el lóbulo occipital.

Los ojos se dirigen hacia un objeto en específico mediante un sistema de tres pares separados de músculos oculares insertados en cada globo ocular, éstos controlan los movimientos.

El enfoque de los ojos se regula por la acción del músculo constrictor (en el globo ocular) y la cantidad de luz que penetra en el ojo depende del grado de constricción de la pupila.¹³

¹³ Guyton, Arthur. "Fisiología Humana." México. Ed. Interamericana. 1987. Págs. 225-226



2. DEBILIDAD VISUAL Y CEGUERA

La debilidad visual y la ceguera son deficiencias graves en donde existe una alteración permanente en el ojo (estructuras) o en las vías de conducción del impulso visual.

La debilidad visual se caracteriza por la capacidad para la percepción de masas, luz, colores, formas y por una limitación para ver de lejos, aunque con posibilidad para discriminar e identificar objetos y materiales situados en el medio próximo a una distancia de pocos centímetros. Una persona con debilidad visual puede leer grandes carteles y en algunos casos puede llegar a leer materiales impresos con el uso de lentes.

La ceguera está caracterizada por la ausencia total de visión o la simple percepción de la luz.

La ceguera supone una discapacidad total para orientarse a sí mismo mediante la visión y la imposibilidad de leer aun con corrección óptica o magnificación de los textos escritos en tinta.¹⁴

2.1 Causas de las deficiencias visuales¹⁵

Las deficiencias visuales pueden aparecer por distintos motivos, en función de la parte del proceso u órgano de la visión que se ve afectado, aunque, normalmente, las más frecuentes son las que afectan al globo ocular, destacando como más importantes las que a continuación se citan:

¹⁴ Bueno, M. Op.cit. pág. 42

¹⁵ Ib. Pág. 68



Congénitas

- Albinismo (carencia de pigmento)
- Aniridia (ausencia o atrofia del iris)
- Atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa)
- Miopía degenerativa (pérdida de agudeza visual)
- Queratocono (córnea en forma de cono)
- Retinitis Pigmentaria (pérdida pigmentaria retinal)
- Anoftalmia (carencia del globo ocular)
- Atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa)
- Cataratas congénitas (cristalino opaco)
- Microftalmia (escaso desarrollo del globo ocular)
- Retinopatía del prematuro
- Coloboma
- Aniridia
- Glaucoma congénito
- Sífilis
- Herpes



Adquiridas

- Avitaminosis (insuficiencia de vitaminas)
- Cataratas traumáticas (cristalino opaco)
- Desprendimiento de retina (lesión retinal)
- Diabetes Mellitus
- Estasis papilar (estrangulamiento del nervio óptico)
- Fibroplasia retrolental (afecciones en retina)
- Hidrocefalia -Infecciones diversas del sistema circulatorio
- Traumatismos en el lóbulo occipital

Víricas/ tóxicas/ tumorales

- Histoplasmosis
- Infecciones diversas del sistema circulatorio
- Meningitis
- Neuritis óptica
- Rubeola
- Toxoplasmosis (infección vírica –retina/mácula)
- Retinoblastoma



La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que:

En niños las causas principales de ceguera son las cataratas, la retinopatía del prematuro, el retinoblastoma y la avitaminosis. ¹⁶

¹⁶ http://www.who.int/features/factiles/blindness/blindness_fact/es/index.html



3. DISCAPACIDAD

La Organización de Naciones Unidas (ONU) considera que las “personas con discapacidad incluyen todas aquellas que tienen deficiencias a largo plazo de tipo físico, mental, intelectual, sensorial, las cuales en interacción con varias barreras pueden obstaculizar la participación completa y efectiva en la sociedad sobre bases de igualdad con otras personas.”¹⁷

Según el Acta de Rehabilitación de los Estados Unidos de América una persona discapacitada es: “cualquier individuo que tiene un trastorno físico o mental que limita en forma importante una o más de las actividades normales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.”¹⁸

La Ley General de Salud de México, en su artículo 173, señala que: “se entiende por discapacidad a la limitación de la capacidad de una persona para realizar por sí misma las actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social.”¹⁹

La (OMS) considera que la “discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

¹⁷ Ibarra, Luis Guillermo. “Discapacidad y Salud.” México. 2009. Ed. Trillas. Pág. 11

¹⁸ Wessels, Kenneth. “Dentistry for the Handicapped Patient.” Estados Unidos de América. Ed. PGG Publishing Company. Pág. 6

¹⁹ Ib. pág. 12



Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.²⁰

3.1 Prevalencia de las deficiencias visuales en el mundo

La OMS estima que:

- A nivel mundial, 314 millones de personas padecen discapacidad visual por diversas causas y 4.5 millones de ellas están ciegas.
- Cerca de 1.4 millones de niños menores de 15 años padecen de ceguera.²¹

3.2 Prevalencia de las deficiencias visuales en México

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI) reporta en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000 las diferentes discapacidades que hay en nuestro país así como la prevalencia, en donde la discapacidad visual tiene una prevalencia de 14.6%²²

“En México los problemas de visión son un asunto grave, según cifras de la Secretaría de Salud se estima que 30% de la población mexicana tiene algún problema de visión, sobre todo por la miopía y astigmatismo; existen alrededor de 700 mil personas con discapacidad ocular, como ceguera o debilidad visual que adquirieron por enfermedad, accidente o de forma

²⁰ <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

²¹ http://www.who.int/features/factfiles/blindness/blindness_fact/es/index.html

²² Ibarra, Luis Guillermo. Op cit. pág. 14



congénita. La ceguera o debilidad visual afecta a 467 mil personas en México.”²³

La ausencia de hábitos de vida saludables y la falta de atención al cuidado de los ojos, han provocado que los problemas visuales sean la segunda causa de discapacidad más frecuente en México después de la motriz de acuerdo con datos del INEGI.²⁴

²³ <http://fox.presidencia.gob.mx/buenasnoticias/?contenido=23278&pagina=129>

²⁴ <http://www.jornada.unam.mx/2005/04/29/a03n1cie.php>



4. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE CON DEFICIENCIA VISUAL

El paciente con deficiencia visual generalmente muestra dificultad para modular sus estados de ánimo, y está comprobado que las continuas visitas a médicos, le afectan ya que las ve como una agresión.²⁵

En el niño ciego existe una alteración en la relación con el medio que influye en el desarrollo social y de su personalidad. No ver significa estar en desconexión con el medio y una pérdida de control de lo que ocurre en el entorno. Esto genera un estado de inseguridad que puede provocar las siguientes conductas:

- Ansiedad
- Dificultad para interactuar
- Dependencia afectiva
- Mal carácter
- Sensibilidad ante las frustraciones
- Baja autoestima²⁶

²⁵ Leonhardt, Mercè. "El bebé ciego." España. 1992. Ed. Masson. Pág. 128

²⁶ Mon, Fabiana. "Discapacidad visual: aporte interdisciplinario para el trabajo con la ceguera y baja visión." Argentina.2006. Ed. Novedades Educativas. Pág. 97



La ansiedad es un estado emocional que se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales.²⁷ La ansiedad funciona como el impulso o la causa determinante del comportamiento. La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías que la del adulto, y por ello, el niño tiene más tendencia a sufrir ansiedad. La ansiedad sirve como un sistema de alerta y motivador.

Es imposible separar totalmente el miedo de la ansiedad, ya que éste nunca se expresa sin un cierto grado de ansiedad. El miedo es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico, a la respuesta física al dolor;²⁸ está caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza.

Todos los miedos afectan la capacidad de un niño a cooperar con el odontólogo. Cuanto mayor es la ansiedad del paciente, menor será su tolerancia al dolor. Es por ello, que antes de instaurar cualquier tipo de tratamiento, se debe reducir la ansiedad al mínimo.²⁹

La separación inevitable que a veces sufren los niños ciegos de sus madres es causa de reacciones de ansiedad. Fraiberg y Colonna consideraron que dicha separación tiene mayor repercusión en los niños ciegos puesto que sentían mayor inseguridad en esta relación y mostraban

²⁷ Boj, Juan. "Odontopediatría." Barcelona. 2004. Ed. Masson. Pág. 259

²⁸ Barbería, Elena. "Odontopediatría." Madrid. 2002. Ed. Masson. Pág. 119

²⁹ Sogbe, Rosemary, et al. "Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica." Caracas. 1996. Ed. Disinlimed. Pág. 26



menos capacidad de afrontar esta pérdida, aunque fuera simplemente temporal.³⁰

Está demostrado, que la relación madre-hijo es muy importante en los años preescolares. En este sentido, las actitudes y experiencias de la madre son determinantes en la reacción de angustia del niño ante el tratamiento dental.

De esto se desprende que los hijos de madres que presentan ansiedad, se comportarán de manera negativa y no cooperadora ante el tratamiento dental.³¹

Bauman expuso que los niños con ceguera o debilidad visual, tienen mayor dificultad de adaptación, lo que se traduce en muchos casos en problemas emocionales; también señaló que muestran un nivel de ansiedad mucho más alto e inseguridad y mayores sentimientos de soledad.³²

Epstein definió la autoestima como “una expresión para designar a un conjunto amplio de representaciones mentales, que incluyen imágenes y juicios, además del concepto que el sujeto tiene acerca de sí mismo, y que engloba sus distintos aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales.”³³

En muchos casos los niños con ceguera y debilidad visual suelen tener una pobre autoestima, no se sienten cómodos con ellos mismos ni con los otros, y como consecuencia, manejan mecanismos de defensa para poder sobrevivir en un mundo de videntes. Frecuentemente son personas

³⁰ Leonhardt, Mercè. Op. cit. pág. 70

³¹ Wessels, Kenneth. Op cit. pág.7

³² Bueno. M. Op. cit. pág. 121

³³ Ib. pág. 120



excesivamente dependientes, y evitan toda situación que implique ansiedad y que ponga de manifiesto su discapacidad.

Una persona ciega o con debilidad visual, no está lista para asumir una vida social adecuada hasta que no ha superado algunos traumas psicológicos consecuencia de su ceguera. En algunos casos evitan situaciones sociales, mediante el aislamiento como consecuencia de la inseguridad.³⁴

Una elevada autoestima requiere, para cualquier niño, un desarrollo emocional y social. Elevar la autoestima del niño ciego exige a los adultos que reconozcan y elogien los progresos que observan, siempre que sea posible.³⁵ El niño experimenta un sentimiento de autovalía al saber que su conducta agrada a los mayores. Su autoestima crecerá conforme aumenten los comentarios positivos sobre sus acciones.

Para muchos ciegos, la carga más pesada puede no ser la ceguera, sino la actitud del vidente para con ellos. Para un ciego la mayor parte de los obstáculos derivan de su trato con la gente vidente, que les hace sentirse como seres inútiles y aislados de la sociedad.

El sentimiento de inferioridad se desarrolla en la persona ciega desde el momento en que es capaz de reconocer su incapacidad para ver, y comprender que la vista es una propiedad que normalmente tienen todos los demás. Esto crea un sentimiento de inseguridad en sí mismo. Los sentimientos de inferioridad se agudizan por falta de autonomía y por la consiguiente necesidad de protección.

³⁴ Bueno, M. Op. Cit. pág. 120

³⁵ Ib. pág 123.



La mayoría de los ciegos viven con un fuerte sentimiento de soledad, si bien aparentemente se muestran sociables, esta sensación de soledad se verá agudizada en niños con alto grado de introversión.³⁶

Con estas dificultades el niño con debilidad visual tendrá que ayudarse de los otros sentidos en sus experiencias. Su percepción visual es secuencial, analítica, la recibe fragmentada, por esto es importante que el niño pueda analizar la información.

Como señala Leonhardt, el mundo del niño débil visual es confuso. Sombras, contornos, colores formas, todo queda mezclado, de ahí que necesite la ayuda de otro para poder interpretarlo, desde formas sencillas hasta más complejas.³⁷

El niño con debilidad visual puede presentar dificultades de imitación, una de las principales fuentes por las cuales el niño es capaz de aprender.

Muchas veces al estar en contacto con un niño débil visual, se cae en dos errores:

- a) Por una parte, ya que el niño tiene visión, se tiende a tratarlo como a un vidente y exigirle lo mismo que a éste.
- b) Por otro lado, se puede caer en el error de tratarlo como a un ciego, ya que ve muy poco, y hacerle adoptar conductas y mecanismos que utilizaría una persona ciega, y no darle la oportunidad de estimular y utilizar la visión que tiene.³⁸

³⁶ Bueno, M. Op cit. pág. 125

³⁷ Leonhardt, Mercè, et al. “La intervención en los primeros años de vida del niño ciego y de baja visión.” Madrid. 2002. Ed. ONCE. Pág. 189.

³⁸ Leonhardt, Mercè, et al. Op. Cit. pág. 190



La visión nos da una imagen exacta e inmediata del otro, en lo físico, por ejemplo, si es alto, rubio, si es niño o niña. En el niño con debilidad visual, debemos de acompañar estas situaciones de una descripción verbal y darle puntos de referencia significativos para poder distinguirlos los unos de los otros.³⁹

El niño ciego debe conocer su cuerpo, cómo se mueve, su potencialidad para controlar el movimiento, así como las relaciones de su cuerpo con respecto de los objetos, las demás personas y el espacio. El hecho de que el niño explore libremente es fundamental para que pueda obtener una gran variedad de experiencias.

En este sentido, hay que darle la oportunidad de explorar, manipular, cuestionar y comentar lo que se le enseña. Es preferible, que aprenda poco a poco y se sienta cómodo, para que adquiera seguridad.⁴⁰

³⁹ Ib. pág. 200

⁴⁰ Leonhardt, Mercè, et al. Op. cit. pág. 122



5. MANEJO DENTAL

El manejo exitoso del paciente especial requiere ciertas consideraciones, las cuales incluyen el uso de técnicas psicológicas, y de una extensa comunicación interpersonal entre el paciente, los padres y el Cirujano Dentista. La comunicación verbal y de contacto es esencial con el paciente con deficiencia visual.⁴¹

5.1 Interacción con los padres

El acercamiento del odontólogo con el niño y sus padres es importante, y lo es más cuando se trata de un niño especial.

Dadas las circunstancias, es frecuente que nos encontremos con padres que manifiesten preocupación sobre de la adaptación de sus hijos tanto al profesional como al ambiente odontológico, el cual es nuevo para él.⁴²

El niño discapacitado es altamente dependiente de su madre y por lo mismo es sumamente sensible a los sentimientos de ésta y tiende a reaccionar al estrés de una manera muy parecida a la que ella lo hace; por consiguiente, un padre que está asustado debido al ambiente dental puede llegar afectar al niño al de modo que el tratamiento dental se vuelva imposible.⁴³

⁴¹ Wilkins, Esther. "Clinical Practice of the Dental Hygienist." Estados Unidos de América. 1994. Ed. William & Wilkins. Pág. 731

⁴² Elías, Roberto. "Odontología para pacientes con necesidades especiales una visión clínica." Madrid. 2008. Ed. Ripano. Pág. 119

⁴³ Wessel, Kenneth. Op.cit. pág. 7



La actitud de los padres es extremadamente importante en el modelo del comportamiento del niño con deficiencia visual. Es difícil para los padres aceptar que tienen un hijo débil visual y aún más si es ciego. Su respuesta puede estar caracterizada por actitudes sobreprotectoras o en el otro extremo, por el rechazo.⁴⁴

La sobreprotección puede ser un síntoma del sentimiento de culpa de los padres o frustración ante la situación. El niño sobreprotegido y consentido se vuelve dependiente, presenta retraso en su desarrollo. La sobreprotección puede obstaculizar la atención y los cuidados odontológicos. Nuestro papel es el tratar de tranquilizar a los padres; indicando la situación bucal de su hijo, explicando cada procedimiento a realizar mediante el uso de un vocabulario sencillo y la comprobación de que toda la información haya sido comprendida correctamente. Es de suma importancia conversar con ellos sobre el cuidado de los dientes.

Con frecuencia, el niño suele resentirse ante la sobreprotección y el rechazo, el resentimiento se puede manifestar a través de la hostilidad, puede que no esté limitado únicamente a la familia, sino que puede llegar a ser hostil con la gente que lo rodea y hasta con la sociedad en general.⁴⁵

El rechazo es una actitud que se caracteriza por falta de afecto hacia el niño, que varía desde una despreocupación o indiferencia, hasta un descuido total. En la consulta odontológica se muestran tímidos, lloran fácilmente y pueden mostrarse resistentes a colaborar, requieren tolerancia y

⁴⁴ Nowak, Arthur. "Dentistry for the Handicapped Patient." Estados Unidos de América. 1976. Ed Mosby. Pág. 125

⁴⁵ Wessel, Kenneth. Op.cit. pág. 9



afecto por parte del odontólogo tratante. El niño rechazado puede ser agresivo o extremadamente pasivo.⁴⁶

Después de la etapa de adaptación, generalmente se avocan a los problemas y necesidades de sus hijos. Una buena actitud de los padres, forma la base para una respuesta favorable en el entorno del niño, ya sea en la escuela o en el consultorio dental.⁴⁷

5.2 Adaptación del niño a la consulta dental

Adaptar a un niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración durante el tratamiento, mediante un proceso de enseñanza aprendizaje por el cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva hacia el Cirujano Dentista.⁴⁸

Por razones preventivas, la edad ideal para la primera supervisión odontológica es durante el primer año de edad, sin embargo, no es sino, hasta el tercer año de vida cuando la mayoría de los niños poseen habilidades de comunicación y socialización suficientes para acceder a las exigencias y rigores de una cita odontológica. Es a partir de esa edad, cuando el niño puede entender la función del odontólogo, lo cual le permite controlar los temores originados por una persona y un ambiente nuevo, desconocido y probablemente, amenazador.

⁴⁶ Elías, Roberto. Op. cit. pág 120.

⁴⁷ Nowak, Arthur. Op cit. pág. 126

⁴⁸ Sogbe, Rosemary. Op cit. pág. 20



Variables que inciden en la adaptación

Para poder lograr la adaptación es necesario analizar primero las variaciones que inciden en este proceso. Estas variables son las siguientes:

- a) Ambiente odontológico
- b) Cirujano Dentista y personal auxiliar
- c) Niño
- d) Primera visita odontológica

Ambiente odontológico

Para un niño el ambiente odontológico contiene una gama de eventos adversos, tales como gente desconocida, procedimientos extraños y sonidos atemorizantes.

Las investigaciones al respecto, han comprobado que los niños que se encuentran en ambientes odontológicos agradables, exhiben los más bajos niveles de ansiedad, de allí la importancia de atenuar los posibles elementos generadores de ansiedad, de manera de convertir el ambiente odontológico en un escenario agradable, donde el niño se sienta seguro.

La sala de espera debe ser cálida, adecuada, en ella el niño debe sentirse relajado y contento. Un ambiente musical tranquilizante puede ser de mucha ayuda para cubrir ruidos inevitables del consultorio. En el caso de niños con deficiencia visual resulta idóneo contar con libros, ilustraciones y folletos informativos con escritura braille o utilizar materiales con letra negra grande de por lo menos 12 puntos sobre papel blanco. Otra opción es contar



con una pared con diferentes texturas para que el niño pueda distraerse en lo que espera a su cita y para que empiece a desenvolverse.⁴⁹

El Cirujano Dentista y el personal auxiliar

El mayor objetivo del Cirujano Dentista en el tratamiento de pacientes especiales, será proveer una atención dental integral de acuerdo a las necesidades de cada paciente.⁵⁰

Los métodos que utilice el Cirujano Dentista para abordar y tratar a un niño son determinantes de las reacciones y actitudes del niño en la situación odontológica, de allí la gran responsabilidad que tiene en sus manos el profesional que lo trata.

Debe comportarse de una manera tolerante, paciente y cariñosa, mostrar una gran empatía por su paciente, y ser capaz de ganarse la confianza del niño y la de los padres.

Así mismo, tener mucha seguridad en sí mismo y en las actividades que realiza, ya que el niño es capaz de percibir la más mínima muestra de inseguridad, lo que podría afectar su confianza. Poseer una buena capacidad de expresión en cuanto a palabras, tono de voz, gestos y expresiones faciales. Tener cuidado especial de usar lenguaje y conceptos que el niño pueda comprender.

La selección de palabras, tanto del Cirujano Dentista como del personal y la forma en que éstas son pronunciadas, influyen notoriamente en

⁴⁹ Jacacarino, Janet: Vision impairment: treating the special needs patient with a sensory disability: patients' loss of vision need not impede their dental care. J Dent Assist 2009 Jul-Aug;78 (4):3

⁵⁰ Nowak, Arthur. Op cit. pág. 194



el estado emocional del niño. Algunos Cirujanos Dentistas tienden a utilizar diminutivos en exceso y esto puede molestar al niño; evitar también palabras o expresiones atemorizantes tales como aguja, pinchazo, dolor; en estos casos deberá sustituir estas palabras por otras más suaves, a fin de mantener niveles bajos de ansiedad.

Por otra parte, el Cirujano Dentista, debe realizar un trabajo eficaz y de calidad, sin embargo, su concentración al realizar algún procedimiento sobre la boca del niño, no deberá implicar el descuido psicológico de su paciente.

Un problema que se presentará, es la reacción del Cirujano Dentista ante el niño especial. Está demostrado que las personas regulares reaccionan ante las que tienen alguna discapacidad, de una forma más o menos extraña, aunque sea inconscientemente. Muchos odontólogos tienen ciertas barreras emocionales que les bloquean la relación con estos niños y la forma de aliviar sus sentimientos es rechazándoles.

Existen Cirujanos Dentistas que aceptan tratar a estos niños, se identifican con sus problemas, pero lo hacen hasta tal extremo que se vuelven ineficaces en su trabajo. Otros llegan a tener traumas psicológicos y trabajan con poca eficacia, con lo cual el tiempo de trabajo se hace largo y cansado para él mismo y para el paciente.

Por tanto, el Cirujano Dentista debe conocer y asumir sus limitaciones. En algunos casos, no podrá superarlas y, siendo consciente de eso, deberá remitir el paciente a otro profesional más hábil. Otros, llegan a salvar sus limitaciones y a asumir la necesidad de una preparación especial, para él y para su personal. Si se actúa de esta forma, el tratamiento de estos pacientes puede llegar a ser muy gratificante.⁵¹

⁵¹ Boj, Juan. "Odontopediatría." 2004. Barcelona. Ed. Masson. Pág. 471



En la práctica odontológica, no se debe sentir lástima, compasión u otro sentimiento de ese tipo, en cambio sí se debe estimular y vencer las barreras, trabajando con el presente, anhelando la calidad de un futuro mejor.⁵²

El niño

La conducta del niño en el consultorio odontológico no solamente dependerá de la relación- madre hijo. El Cirujano Dentista debe obtener datos acerca del niño, que le permitan conocer y percibir al niño en su totalidad; debe estar familiarizado con las características básicas del niño desde su nacimiento.

La visita odontológica provocará un cierto grado de ansiedad en la mayoría de los niños. Esto es especialmente así en el niño preescolar, quien puede experimentar no sólo temor y miedo a lo desconocido, sino también un temor a la separación de la madre.

La ansiedad materna parece ser un factor primario que influye en la ansiedad de un niño en el consultorio odontológico. Diversas investigaciones han encontrado que la conducta de los niños en la situación odontológica está directamente relacionada con el nivel de ansiedad de la madre.⁵³

Calidad de la consulta Odontológica

La calidad de la consulta odontológica es la clave para la adaptación. Deberá hacerse todo esfuerzo para mantener al niño relajado, y para evitarle molestias innecesarias.

⁵² Roberto, Elías. Op cit. pág. 129

⁵³ Sogbe, Rosemary, Op.cit.pág. 26



La visita dental comienza desde la puerta del consultorio, por lo cual el consultorio debe estar libre de barreras físicas. Se debe considerar tiempo extra para la cita y tener el cubículo listo antes de que el paciente acuda a la cita.⁵⁴

La visita dental debe ser estructurada de manera de que el niño sepa qué esperar, y cómo reaccionar frente al procedimiento.

El manejo del niño con deficiencia visual comienza antes de hacer contacto con el paciente. Existen numerosos datos que el odontólogo puede obtener de los padres para comprender mejor el comportamiento y la personalidad del niño. Estos datos pueden ser:

- Grado de la deficiencia visual

Podemos encontrar niños con debilidad visual, ciegos congénitos o ciegos que adquirieron la ceguera. Los primeros aprenden de la misma forma que los niños videntes con quienes comparten experiencias visuales comunes. Los totalmente ciegos dependen en otros sentidos para aprender y relacionarse con el mundo.

El niño con debilidad visual podrá aprender a cepillarse los dientes; suele ser independiente y autosuficiente a edad más temprana que el totalmente ciego, sin embargo, presenta ciertas dificultades. Su experiencia visual puede ser confusa. Estos factores son perjudiciales y deberán ser superados al proporcionar atención dental.

⁵⁴ Jacacarino, Janet.: Op cit. págs. 8-10



- Edad a la que se presentó el defecto

El niño que ha quedado ciego posee ciertas ventajas sobre el que ha nacido ciego. Si la vista no se pierde antes de los seis años de edad, suele existir una memoria visual funcional.

- Metodología del tratamiento

No existe un tratamiento sistemático aplicable a todo niño con deficiencia visual. Antes de la primera cita deberá recabarse la mayor cantidad de datos posible respecto a la historia y antecedentes del paciente.

Durante la primera cita se recomienda excluir todo tipo de tratamiento, excepto en el caso de tratarse de una urgencia. El primer contacto debe emplearse en conocer al niño, familiarizarlo con el medio dental, sus sonidos, sus olores.⁵⁵

Cuando se conozca al paciente, se debe presentar con él y preguntarle si requiere ayuda, de ser así, se debe dejar al paciente que sujete el brazo justo por debajo del codo, la muñeca, la mano odontólogo o del asistente. Al guiar al paciente hacia la oficina dental, se debe ser muy específico de cómo es el camino, si hay obstáculos, escalones o cambios de desnivel.

Si el paciente cuenta con un perro guía, se debe caminar del lado opuesto. No se debe tocar el perro ni ofrecer comida, ya que se encuentra trabajando y necesita concentrarse. El perro puede permanecer en la oficina

⁵⁵ Sogbe. Rosemary. Op cit. pág. 654



dental evitando que estorbe; mientras se está realizando el tratamiento dental hay que estar alerta con la cola y patas del perro.⁵⁶

Una vez en la sala de tratamiento se deberá colocar la mano del paciente sobre el cabezal de la unidad dental y sobre el brazo del contorno del sillón antes de intentar sentarse. Deberá explicársele cómo es el consultorio; es recomendable describirle al niño cómo es el dentista físicamente, de modo que lo perciba como persona y no como un par de manos siempre en movimiento.⁵⁷

Ya que el paciente se ha familiarizado con el personal y con el ambiente odontológico y se ha ganado su confianza, el dentista deberá proceder con las citas las cuales deberán ser cortas hasta que el plan de tratamiento se cumpla.

El miedo de ser separado de la madre o a ser dejado solo, especialmente en un ambiente desconocido puede ser amenazador para el niño, por lo que se pudiera permitir a la madre que lo acompañe algunas veces durante el tratamiento, indicándole a la madre no intervenir cuando se estén dando indicaciones.

Un método de evitar el miedo a la separación y de aumentar la confianza en sí mismos, es permitir al niño familiarizarse con el dentista y con los miembros del personal, antes de hacer la visita de separación. Al principio, el tiempo de separación será corto y se irá alargando paulatinamente. Para penetrar en la boca se puede comenzar por pedirle al niño que nos enseñe sus dientes o comenzar contándolos con los dedos y permitir al niño que lo haga con sus dedos en su boca. Tal vez el niño pida

⁵⁶ Jaccarino, Janet. Op cit. pág.4

⁵⁷ Ib. 656



tocar o contar los dientes del dentista, se le deberá permitir hacerlo ya que por medio del tacto es de la manera en que el niño ciego aprende.

Los instrumentos y objetos con los que se va a trabajar pueden ser manipulados por el niño ciego dándole una explicación verbal, siendo indispensable proteger al niño contra cualquier lesión, como podría ocurrir con los instrumentos afilados, que deberán ser mostrados cuidadosamente.

Estos pacientes suelen tener más desarrollados el sentido de la audición, el olfato y del tacto; por consiguiente, los materiales dentales usados con mayor frecuencia deberán ser presentados de modo que el paciente pueda olerlos o saborearlos. Se le deberá permitir tocar objetos como guantes, algodón, cubrebocas para que se acostumbre a las texturas.

Desde un principio, el niño deberá saber lo que se espera de él respecto a su comportamiento o cooperación. Los refuerzos los percibirá a través de la voz, expresadas por la palabra. El tono de la voz le permitirá al niño interpretar y comprender lo que sucede.⁵⁸

Para poder brindar una mejor atención durante la consulta se recomienda:⁵⁹

- a) Evitar las expresiones de pena o las referencias a la ceguera como una desgracia.
- b) Advertir al paciente, antes de cualquier acción, lo que vayamos a hacer por lo que no se debe tocar, mover o detener al paciente sin avisarle.

⁵⁸ Sogbe, Rosemary. Op. cit. pág. 656

⁵⁹ Mc. Donald. Avery. "Dentistry for the Children and Adolescent." Estados Unidos de América. 2004. Ed. Mosby. pág. 591



- c) Establecer contacto físico con el paciente de forma tranquilizadora.
- d) Permitir que haga las preguntas que quiera sobre el desarrollo del tratamiento, y responderlas; siempre tomando en cuenta que el paciente tiene un carácter muy individual y sensible (sin caer en la manipulación).
- e) Permitir que lleve puestas gafas, si ello le da una sensación de protección y seguridad.
- f) Tomar en cuenta que muchos pacientes con deficiencia visual presentan una mayor sensibilidad al resplandor de la luz, así que la luz no se deberá poner directamente en los ojos del paciente.⁶⁰
- g) Sujetar la mano al paciente suele relajarlo.
- h) Mantener un entorno tranquilo y relajado.
- i) Dar aviso al paciente, antes de cambiar la posición del sillón, para que no sienta que se va a caer, ya que el paciente ciego o débil visual tiende a perder muy fácil el equilibrio.
- j) Avisar antes de accionar la pieza de mano. Se le puede mostrar en la uña la sensación de la fresa o cepillo de profilaxis antes de introducirlo a su boca.

⁶⁰ Harris, Norman. "Primary Preventive Dentistry." Estados Unidos de América. 1994. Ed. Appleton & Lange. Pág. 480



- k) Enseñar, técnica de cepillado a través de la técnica mano a mano, indicando en que parte de la boca debe colocar el cepillo. Lo anterior debido a que el niño ciego está privado de aprender mediante la imitación.⁶¹ Otro método especial para enseñar técnica de cepillado a niños ciegos y débiles visuales, consiste en utilizar música. El cambio de música indica que deben de cambiar la superficie que están cepillando por una que no han cepillado, así cubrirán todas las superficies dentales.⁶²
- l) Colocar, para que el paciente se enjuague, el vaso en su mano e indicar en dónde está la escupidera. Otra opción es enjuagar con la punta de jeringa triple y aspirar con el eyector.
- m) Contar cartillas elaboradas en tinta, método Braille y con dibujos en relieve, para lograr mayor estimulación táctil.
- n) Usar macro modelos, a fin de explicar técnicas de higiene oral, proceso de caries, restauraciones.⁶³
- o) Tener grabaciones habladas educativas en salud bucal para reproducir en el consultorio o para darlas al paciente y que las tenga en casa.⁶⁴

⁶¹ Brown, Dawn. "An observational study of oral hygiene care for visually impaired children." 2008. BDS Dental Elective. Pág. 16

⁶² Nandini, N.S. "New Insights into Improving the Oral Health of Visually Impaired Children." J Indian Soc Pedod Prev Dent 2003 Dec;21(4): 142-3

⁶³ Nandini N,S. Op cit. pág. 9

⁶⁴ Harris, Norman. Op cit. pág. 479



- p) Utilizar el enfoque decir-mostrar-sentir, en donde se invita al paciente a utilizar el gusto, el tacto y el olfato.
- q) Utilizar pequeñas cantidades de los materiales dentales, puesto que puede rechazar los sabores fuertes.
- r) Anunciar las entradas y salidas a la sala de tratamiento de forma animosa.
- s) Evitar los sonidos intensos e inesperados.⁶⁵
- t) Incentivar al paciente para que haga una imagen mental describiéndole el tratamiento y el entorno a lo largo del procedimiento.⁶⁶

⁶⁵ Mc Donald, Avery. Op cit. pág. 591

⁶⁶ Cameron. "Odontología Pediátrica." Madrid. 1998. Ed. Harcourt. Pág. 261



6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ORALES EN EL PACIENTE CON DEFICIENCIA VISUAL

La deficiencia visual no tiene un efecto directo en la salud bucal, sin embargo, para algunos pacientes resulta difícil mantener una dieta balanceada o incluso asistir a citas con el odontólogo. Debido a la falta de visión o a la visión disminuida puede que no detecten signos tempranos de enfermedades dentales. Las enfermedades dentales pueden empeorar a causa de una ineficiente limpieza bucal, debido a que el paciente no es capaz de ver o no ha recibido una correcta y efectiva técnica de cepillado.⁶⁷

Otras manifestaciones orales incluyen patrones inmaduros para pasar saliva y tragar alimentos, debido a la renuencia de consumir alimentos sólidos y a la tendencia de conservar hábitos anteriores.

El uso prolongado de biberón en estos pacientes puede desencadenar caries temprana de la infancia. Una deficiente higiene oral relacionada con incapacidad para aprender, así como dientes hipoplásicos han sido identificados como posibles manifestaciones en el paciente con deficiencia visual.

Adicionalmente, se pueden observar lesiones traumáticas en tejidos blandos como mordedura de labio o carrillo y en tejidos duros como fractura de dientes anteriores debido a que accidentes durante la locomoción.⁶⁸

⁶⁷ Jaccarino, Janet. Op cit. pág.2

⁶⁸ Wei, Stephen. "Pediatric Dentistry: Total Patient Care." 1988. Philadelphia. Ed. Lea & Febiger. Pág. 573



Conclusiones

Es importante resaltar que como todos los pacientes, los niños con deficiencia visual merecen ser tratados con respeto y dignidad; tienen la misma necesidad de afecto y amor que un niño regular por lo que no debemos sentir lástima y mucho menos rechazarlos. Al contrario, es una oportunidad y un privilegio el atender a un paciente con discapacidad; no debemos tomarlo como carga ya que si se les rodea de un ambiente agradable en donde se sientan seguros y usamos estrategias adecuadas, ellos responderán de manera favorable y nosotros tendremos la satisfacción de haberlos atendido.

Los problemas de salud bucodental en pacientes con discapacidad visual se ven agravados debido a que no están en posición de identificar alguna patología en etapas tempranas y por lo tanto tomar acciones para solucionarla. Debemos recordar que la prevención es uno de los aspectos más importantes para poder asegurar una buena salud bucal de cualquier paciente.

Considero importante recalcar que los niños con deficiencias visuales son pacientes a lo que nos podemos enfrentar en la consulta ya que las enfermedades discapacitantes tienden a aumentar cada año así que debemos de estar preparados y capacitados lo mejor posible para darles la atención odontológica que merecen. Cabe mencionar que no resultará fácil la atención dental debido a que suelen ser pacientes con problemas para modular su estado de ánimo, otro gran obstáculo al que nos enfrentaremos son los padres que muchas veces suelen ser sobreprotectores.

Asimismo, es vital que el Cirujano Dentista forme parte del equipo multidisciplinario que atiende a estos pacientes, por lo que debe haber una



estrecha relación con los demás miembros del equipo para poder mantener la salud bucodental en el paciente.

Creo firmemente que es muy importante trabajar de cerca con los padres de estos niños para despertar en ellos una conciencia en cuanto a la higiene bucal de sus hijos, debido a que en muchas ocasiones se descuida al atender y darle prioridad a otros servicios de salud de sus hijos.

Es responsabilidad del Cirujano Dentista prepararse para atender a todo tipo de pacientes teniendo una buena actitud. Centrando todos los esfuerzos para ganar la confianza del paciente al explicar detalladamente los procesos, recursos y materiales con los que se va a trabajar; así se logrará crear una atmósfera de confianza para el paciente.



Bibliografía

Barbería, Elena. “Odontopediatría.” Madrid. 2002. Ed. Masson.

Boj, Juan. “Odontopediatría.” Barcelona. 2004. Ed. Masson.

Brown, Dawn. “An observational study of oral hygiene care for visually impaired children.” 2008. BDS Dental Elective.

Bueno, M. “Deficiencia Visual: Aspectos Psicoeducativos y Educativos”. Málaga, España. Ed. Aljibe.1994.

Cameron. “Odontología Pediátrica”. Madrid. 1998. Ed. Harcourt.

Elías, Roberto. “Odontología para pacientes con necesidades especiales una visión clínica.” Madrid. 2008. Ed. Ripano.

Guyton, Arthur. “Fisiología Humana.” México. Ed. Interamericana. 1987.

Harris, Norman. “Primary Preventive Dentistry.” Estados Unidos de América. 1994. Ed. Appleton & Lange.

<http://www.lalupa3.webcindario.com/biologia/imagenes/ojo5.gif>

http://www.portalplanetasedna.com.ar/archivos_varios1/corte_ojo.jpg

<http://serenisimo.files.wordpress.com/2009/10/ojo-musculos1.jpg>

http://www.who.int/features/factfiles/blindness/blindness_fact/es/index.html

<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

http://www.who.int/features/factfiles/blindness/blindness_fact/es/index.html

http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2005-04-09_1319.html

<http://fox.presidencia.gob.mx/buenasnoticias/?contenido=23278&pagina=129>



Ibarra, Luis Guillermo. “Discapacidad y Salud.” México. 2009. Ed. Trillas.

Jaccarino, Janet: Vision impairment: treating the special needs patient with a sensory disability: patients´ loss of vision need not impede their dental care. J Dent Assist 2009 Jul-Aug;78 (4):3

Leonhardt, Mercè. “El bebé ciego.” España. 1992. Ed. Masson.

Leonhardt, Mercè, et al. “La intervención en los primeros años de vida del niño ciego y de baja visión.” Madrid. 2002. Ed. ONCE.

Mc. Donald, Avery. “Dentistry for the Children and Adolescent.” Estados Unidos de América. 2004. Ed. Mosby.

Mon, Fabiana. “Discapacidad visual: aporte interdisciplinario para el trabajo con la ceguera y baja visión.” Argentina.2006. Ed. Novedades Educativas.

Nandini, N.S. “New Insights into Improving the Oral Health of Visually Impaired Children.” J Indian Soc Pedod Prev Dent 2003 Dec;21(4): 142-3

Nowak, Arthur. “Dentistry for the Handicapped Patient.” Estados Unidos de América. 1976. Ed Mosby.

Snell,R. “Anatomía Clínica para Estudiantes de Medicina”. México. Ed. Mc. Graw Hill. 2000.

Sogbe, Rosemary, et al. “Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica.” Caracas. 1996. Ed. Disinlimed.

Verdugo, Miguel Ángel. “Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras.” Madrid, España. 1998. Ed. Siglo XXI.



Wei, Stephen. "Pediatric Dentistry: Total Patient Care." 1988. Philadelphia.
Ed. Lea & Febiger.

Wessels, Kenneth. "Dentistry for the Handicapped Patient." Estados Unidos
de América. Ed. PGG Publishing Company.

Wilkins, Esther. "Clinical Practice of the Dental Hygienist." Estados Unidos de
América. 1994. Ed. William & Wilkins.