



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
MENDOZA - REPÚBLICA ARGENTINA

# SONRISAS



ESPECIALES

Revista de la Cátedra

“Clínica de Discapacitados”

Special Smiles - The journal of the chair "Clinic for the Disabled"

Octubre / 2008 - Año 1 - Número II

October / 2008 - Year 1 - Number II



# Staff



## Cátedra "Clínica de Discapacitados"

Prof. Titular

**Prof. Mgter. Od. Patricia DI NASSO**

Prof. Adjunto

**Prof. Od. Walter LOPRESTI**

Jefes de Trabajos prácticos

**Od. Daniela SALINAS**

**Lic. Laura SASTRON**

Auxiliares de Docencia Ad Honorem

**Od. Verónica CAMPAÑA**

**Od. Fernanda SYLVESTRE**

Diseño e impresión

**FACILGRAF**

contacto@facilgraf.com

Tel: 0054 261 4222420

Revista Sonrisas Especiales

Es una Publicación de la Cátedra "Clínica de Discapacitados" Facultad de Odontología - Universidad Nacional de Cuyo. Distribución gratuita.

Teléfono: 0054 261 4494141

Fax: 0054 261 4494142

E-mail: patdin@fodonto.uncu.edu.ar

La reproducción del material publicado requiere autorización por parte de la entidad responsable.

Los artículos publicados en esta revista expresan los puntos de vista de sus autores y no necesariamente la posición de la Cátedra "Clínica de Discapacitados".

Las imágenes que aparecen en esta publicación tienen únicamente fines didácticos.

AÑO 1 - Nº 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO  
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA  
MENDOZA - REPÚBLICA ARGENTINA

### Autoridades de la Facultad de Odontología

Prof. Od. Alberto José Martin

#### **Decano**

Prof. Od. José Simón Abdala

#### **Vice Decano**

Prof. Od. Silvia Inés Gonzalez

#### **Secretaría Académica**

Prof. Od. Susana Beatriz Principe

#### **Secretaría de Postgrado**

Prof. Od. Sonia Lucía Maron

#### **Secretaría de Extensión Universitaria**

Prof. Od. Edgardo Oscar Boero López

#### **Secretaría de Asuntos Estudiantiles y Acción Social**

Prof. Od. Patricia Silvia Echagaray

#### **Dirección Carrera de Asistente Dental**

Lic. María Alejandra López

#### **Dirección Gral. de Administración**

Cont. Cecilia Asensio

#### **Dirección Gral. Económico Financiera**

### Consejo Directivo

#### **Prof. Titulares:**

Prof. Od. José Simón ABDALA

Prof. Od. Arnaldo Walter CELI

Prof. Med. Orlando José LAFALLA

Prof. Med. Ricardo Luis MOTTA

#### **Prof. Adjuntos:**

Prof. Od. Adriana Patricia MARRA

Prof. Od. María Cecilia PORTA

#### **Aux. Docencia:**

Od. Silvia Verónica PAEZ

#### **Egresados:**

Od. Alejandro Daniel COLL

Od. Jorge Diego SEGURA

#### **Alumnos:**

Sr. Edgar Sebastián OLIVARES

Srta. Cecilia Roxana PEREZ

Sr. Franco PRA BALDI

#### **Personal de Apoyo Académico:**

Sr. José Alejandro SEGRETI

## Editorial

1

### Estrategia de abordaje con el paciente especial: El Dibujo

*Strategy for dealing with the special patient: The Drawing*

2

### Manejo odontológico del paciente con trastorno motor

*Dentistry handling of the patient with motor upheaval*

3

### El Módulo Bibliográfico como Estrategia de Aprendizaje no Presencial

*The Bibliographic module as Learning Strategy not Presencial*

4

### Comparación de dos técnicas de modificación de conducta en niños con retardo mental para la consulta odontológica

*Comparison between two techniques of behaviour's modification, applied in children with slight mental retardation to odontological practice*

6

### Una estrategia en educación para la salud: El Folleto

*A strategy for education in health: The Brochure*

10

### Importancia de lactancia en niños con síndrome de down

*Importance of breast in children with down syndrome*

11



# EDITORIAL

En esta oportunidad, les presento el segundo número de la Revista de nuestra Cátedra y deseo brevemente resaltar el valor de las fotos que acompañan este editorial.

Pensaré Ud. que es por el impacto que producen el ver niños con implante coclear, trastornos visuales, motores, etc.

Si, eso impacta, pero yo quiero que observen a nuestros estudiantes universitarios, inclinados para ayudar, solidarios con el que nos necesita, también contentos cuando ejercen la profesión en beneficio de TODOS.

Tienen la oportunidad de vivenciar cómo es adaptar la técnica odontológica en lo que llamamos la "diversidad". Porque recién cuando lo vivimos podemos sentir una sensación interna de alegría del deber cumplido.

Sobran las palabras, las imágenes dan testimonio de trabajar para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Y en definitiva, reflexionar acerca de que LO NORMAL ES SER DIFERENTE.

Mgter. Od. Patricia DI NASSO  
Mendoza, Octubre de 2008

On this occasion, I present the second issue of the Journal of our Chair and I wish briefly to stress the value of the photos that accompany this editorial.

You think. which is produced by the impact that seeing children with cochlear implants, visual, motor, etc.

Yes, this hits, but I want you to observe our university students, who are inclined to help, in solidarity with which we need, also happy when exercising the profession for the benefit of ALL.

Have the opportunity to live what adapt the technique in dental what we call "diversity". Because when we can just feel a sense of inner joy of duty.

About words, pictures testify to work to improve the quality of life for people with disabilities.

And finally, think about it  
NORMALITY IS BEING DIFFERENT.

Mgter. Od. Patricia DI NASSO  
Mendoza, October 2008



Escuela para niños con trastornos visuales "Hellen Keller" Godoy Cruz, Mendoza.

School for children with visual impairment "Helen Keller" Godoy Cruz, Mendoza.



Escuela para chicos especiales "Domingo Sicoli" Departamento de Lavalle, Mendoza, Argentina.

School for special kids "Domingo Sicoli" Department of Lavalle, Mendoza, Argentina.



Estudiantes de Odontología en las Clínicas de la Facultad atendiendo pacientes en la Clínica, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Students in the Clinical Dentistry, attending patients in the clinic, Faculty of Dentistry, National University of Cuyo, Mendoza, Argentina.



# Estrategia de abordaje con el paciente especial: EL DIBUJO

Strategy for dealing with the special patient: THE DRAWING

**Resumen**

La atención odontológica del paciente con discapacidad representa para el estudiante un desafío donde entran en juego variados aspectos a tener en cuenta en la conformación del vínculo paciente-profesional. Las estrategias a utilizar deben ser variadas y diversas.

La actividad lúdica (el juego) y la actividad motriz (el dibujo), representan dos aspectos importantes de la formación del vínculo paciente – profesional, principalmente en aquellos que presentan algún tipo de discapacidad.

El dibujo es una actividad motora espontánea, compleja y a medida que el niño va creciendo se vuelve cada vez más coordinada, contribuye a la formación de la personalidad; como sucede con el juego, dibujando y garabateando, el niño siente el placer del movimiento.

Una de las primeras actividades de acercamiento e interacción con la discapacidad es, solicitarle al paciente "realizar un dibujo libre" con los colores que el desee.

La aplicación del dibujo en las primeras sesiones de la atención de un paciente con discapacidad permiten conocer aspectos relacionados con sus competencias motrices, en cuanto a la toma de los objetos (lápiz- cepillo dental), control de los trazos

(técnica de cepillado) y manejo del espacio, (arriba, abajo, adelante, atrás) para evaluar la capacidad de realizar un cepillado dental correcto.

En cuanto a los pacientes con discapacidad, la estrategia del dibujo se aplica mas allá de la edad cronológica, ya que en muchos de ellos su edad mental no condice con esta ultima.

**Abstract**

The dental care of patients with disabilities represents a challenge for the student come into play where different aspects to be taken into account in shaping the professional-patient relationship. The strategies used to be varied and diverse.

The leisure activity (game) and motor activity (drawing), represent two important aspects of the formation of the link patient - professional, mainly those who have some type of disability. The drawing is a spontaneous motor activity, and complex as the child grows it becomes increasingly coordinated, contributes to the formation of personality, like the game, drawing and scribbles, children feel the joy of movement.

One of the first activities of rapprochement and interaction with disability is, ask the patient "conduct a free drawing with the desired colors.

The implementation of drawing in the early sessions of care of a patient with disabilities allow us to identify aspects of their driving skills, in terms of making objects (pen-toothbrush), control of strokes (brushing technique) and management of space (up, down, forward, back) to assess the ability to conduct a proper toothbrushing.

As for patients with disabilities, the strategy of drawing applies beyond the chronological age, since many of them in their mental age inconsistent with the latter.

**DESARROLLO**

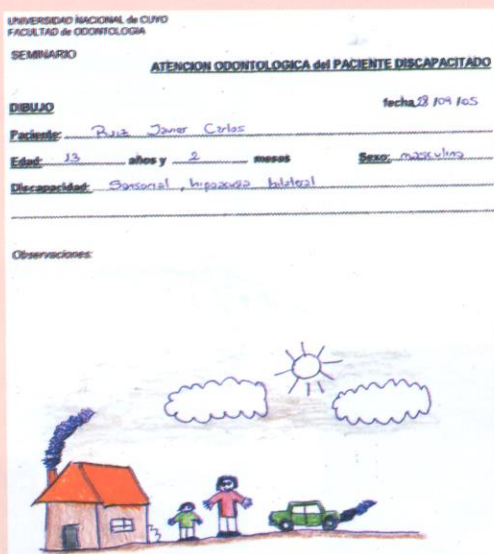
El dibujo infantil expresa la personalidad, los afectos y la relación del niño con el mundo. Expresa su estado psicológico y bienestar emocional. Además es un medio de socialización y desarrolla la motricidad fina.

Para el Odontólogo resulta una estrategia de acercamiento, de conocimiento y de evaluación de la maduración motriz del paciente.

Las primeras estrategias motivacionales que deben ponerse a disposición del paciente antes, durante y después de la atención odontológica son:

**Motivación**

- Música
- Juego
- Dibujo



**Dibujo**

El dibujo infantil expresa la personalidad, los afectos y la relación del niño con el mundo. Expresa su estado psicológico y bienestar emocional. Además es un medio de socialización y desarrolla la motricidad fina.



**Autora: Master Od. Patricia DI NASSO**  
Profesora Titular Efectiva asignatura Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Magíster en Gestión de Organizaciones Públicas (Especialidad: Educación). Investigadora categoría 3, Especialista en Odontología Preventiva y Social. Directora del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado.

Master en Atención Temprana (2008) en España.

E-mail: patdin@fodonto.uncu.edu.ar

**Etapas del desarrollo gráfico:**

El proceso evolutivo del dibujo en la edad infantil está integrado por 3 etapas:

**1ª Etapa: GARABATEO**

Sin plan ni orden, simples trazos que siguen su propio impulso. Son movimientos musculares, sin control visual. Es espontáneo, sin significación alguna.

Edad: entre 2 y 4 años

**Etapa del garabateo de 2 a 4:**

•Garabateo desordenado: Trazos sin sentido que varían en longitud y dirección.



•Garabateo controlado: descubre la relación entre sus movimientos y los trazos. Puede usar distintos colores.



•Garabateo con nombre: "esta es mamá" aunque en el dibujo no se pueda reconocer. Utiliza distintos colores.



**2ª. Etapa: ESQUEMATICA (por el trazado) e IDEOGRAFICA (por su significado)**

El dibujo representa un objeto aunque no se asemeje a él. Surge el dibujo con intención.

Edad: de 5 a 8 años.



• Etapa preesquemática de 4 a 7 años: dibujos con formas reconocibles. Utiliza distintos colores de acuerdo a sus decisiones.



• Etapa esquemática de 7 a 9 años: encontramos esquema humano, espacial y temporal.



Garabateo, trazos sin intencionalidad definida.

Edad: entre 3 y 5 años de edad mental y entre 5 y 8 años de edad física.

**2ª. Etapa: ESQUEMATICA INTENCIONALIDAD y ABUNDANTE SIMBOLISMO**

Edad: de 6 a 11 años de edad mental y entre 9 y 14 años de edad cronológica.

**3ª. Etapa: INDETERMINADA, VAGA y de LIMITES POCO MARCADOS**

El dibujo progresa un poco hacia la representación real del objeto pero con grandes imperfecciones en la ejecución.

Edad: Más de 11 años de edad mental y 14 de edad física sin límite.

**Análisis final**

Dibujo como lenguaje.

Dibujo como medio de expresión, necesidad de expresar algo, manifestándolo en los trazos.

El dibujo, espejo del alma del niño.

Cualquiera sea el motivo por el cual el paciente DIBUJA, es importante tener en cuenta que nos importa como Odontólogos mirar sus trazos, su firmeza, los colores elegidos, etc, y por otra la motricidad que evidencia el paciente al dibujar.

Este último aspecto íntimamente relacionado con la práctica motriz de la higiene bucal (cepillado dental) propiamente dicha.

**3ª. Etapa: FISIOGRAFICA**

El dibujo se ajusta más a la realidad, el diseño reproduce el objeto. Aparece la representación del espacio y la perspectiva.

Edad: de 9 a 13 años



**Etapas del desarrollo gráfico en el niño especial**

**1ª. Etapa: DIBUJO como ACTIVIDAD FUNCIONAL**



19 años - Síndrome de Down

**Bibliografía**

- CESARI, R., "El color en la comunicación visual. Medición de su valor connotativo en personalidades psicopáticas. Nivel de agresividad y su incidencia en la elección del color" pág. 217-218, EDIUN (2001)
- CHOKLER, M., "Actividad, juego y juguetes y las manifestaciones de la subjetividad en niños de 0 a 3 años", pág. 325-326, EDIUN (2006)
- DIAZ ARNAL, I., "La expresión gráfica del deficiente" Ed. Talleres gráficos Montaña, Madris,(1973)
- ELIAS, R., "Odontología para Pacientes con Necesidades Especiales" Ed. Médica Ripano, (2007), Madrid.

**MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON TRASTORNO MOTOR**

**DENTISTRY HANDLING OF THE PATIENT WITH MOTOR UPHEAVAL**

**Resumen**

Algunos conceptos y precauciones básicos para lograr una adecuada atención odontológica logrando la mejor participación y colaboración del paciente como así también disminuyendo los riesgos que pueden ser importantes si se descuidan algunos parámetros primordiales.

**Abstract**

Some basic concepts and precautions to obtain a suitable dentistry attention obtaining the best participation and collaboration of the patient like thus also the risks that can be important if some fundamental parameters neglect.

Cuando llega a nuestro consultorio un Paciente con trastornos de tipo motor lo primero que debemos tener en cuenta en la atención y o en el abordaje, es conocer lo suficiente la discapacidad de fondo que presenta el paciente ya que nos permitirá manejar un acabado panorama de la situación. Los trastornos motores pueden ser:

Las causas más comunes encontradas que producen ese tipo de alteración en estos pacientes y que en definitiva complican a la hora del tratamiento odontológico, el abordaje son.

- Accidentes cerebro vascular
- Infarto Cerebral
- Trombosis – Embolia
- Hemorragia intra craneana
- Malformaciones aneurismáticas
- Enfermedades desmielinizantes
- Alteraciones estructurales del sistema cerebro vascular
- Accidentes – traumatismos
- Genéticas
- Hereditarias

**Autor: Prof. Od. Walter LOPRESTI**

Profesor Adjunto Efectivo de la Asignatura Clínica del Paciente Discapacitado. Carrera de Odontología. U.N. Cuyo.  
 Profesor Titular Interino de la Asignatura Ciencias Básicas - Modulo Anatomía. Carrera de Asistente Dental. U.N. Cuyo.  
 Profesor Titular Interino de la Asignatura Introducción a la Práctica Clínica. Carrera de Asistente Dental. U.N. Cuyo.  
 Profesor Titular Interino de la Asignatura Pacientes Espaciales - Modulo Discapacitado. Carrera de asistente Dental. U.N. Cuyo.  
 E-mail: wloprestic@yahoo.com.ar

cuenta por un lado, toda la medicación que esté tomando ya que esto nos puede interferir en el tratamiento odontológico específicamente, sobre todo si esta medicado con anticonvulsivos, puesto que esta medicación interfiere principalmente en el tratamiento quirúrgico; y por otro lado el tipo de alteración en relación al tono muscular, que puede ser : ESPÁSTICA: Tono muscular aumentado (hipertono). En donde se presentan movimientos reducidos para respirar, fonar, articular. Facie inexpresiva. Limitación de la comunicación gestual.



- TRASTORNOS**
- HEMIPLEGIAS
  - TRASTORNOS VASCULARES
  - ATAXIAS Y SÍNDROME CEREBELOSO
  - TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO (DISCINESIAS)
  - ATROFIAS ESPINALES
  - POLINEUROPATÍAS
  - MIOPATÍAS

Por último deberemos tener en



**ATETOIDE:**

Tono muscular Disminuido (hipotono) Aquí vemos la presencia de movimientos involuntarios para fonar, respirar y articular. Desencadena movimientos incontrollables aumentando como consecuencia la gesticulación. Flacidez en general.

**ATAXICA:**

Tono muscular alterado entre contracciones y relajaciones En este caso lo que encontraremos será falta de coordinación para respirar, falta de coordinación para finar, falta de coordinación para articular.

Generalmente estos pacientes presentan un deterioro importante en virtud a que por su alteración motora es común encontrar muy mala higiene bucal. También es común que se prioricen en estos pacientes los problemas sistémicos a los bucales por lo que esta situación se convierte en un factor negativo más en la salud bucal.

Toda esta situación nos lleva a plantear un tratamiento adecuado a la característica del problema motor que el paciente presente, en donde se priorizaran factores tales como entorno familiar, aptitudes del Paciente como son: autonomía del mismo, en donde el mejor tratamiento no será el más

caro o el más sofisticado, sino el que se adapte mejor a lo que el trastorno motor de dicho Paciente permita en cuanto a duración en el tiempo, posibilidad de higiene, características de tono muscular en músculos de la boca y/o masticadores, autoclisis, masticación, oclusión, etc.

En cuanto al abordaje estará orientado principalmente a lograr una adecuada motivación en base al tipo de afección motora y en base a la capacidad intelectual, evaluación sobre uso o no de contención, la que podrá ser mecánica, química, afectiva, manual o autocontención. Además es importante considerar aspectos generales del paciente como lesiones provocadas por traumatismos o caídas debidas a las crisis epilépticas, efectos de la medicación (alopecia, hirsutismo, rash cutáneos, etc.). En la exploración bucal se valorará especialmente la existencia de deformidades en cavidad oral, patologías en las encías (hipertrofia gingival).

**PRECAUCIONES DE TIPO GENERAL**

1. Posponer la sesión odontológica, si ha habido crisis recientes, o factores desencadenantes inmediatos ya que puede existir riesgo que se presenten especialmente si el paciente tiene crisis de difícil control terapéutico
2. Evitar la administración de fármacos de tipo narcóticos o sedantes sin la correspondiente interconsulta con el especialista ya que pueden desarrollar crisis epilépticas, especialmente por administración intramuscular o intravenosa.
3. Manejar el control de ansiedad tanto de pacientes como de acompañantes, evaluando la existencia de trastornos de personalidad- ansiedad previos, que requieran medidas terapéuticas de psicoterapia o farmacológicas.
4. Consentimiento escrito de pacientes o familiares, especialmente en pacientes en situaciones críticas o con especial riesgo.
6. Planificación detallada del tratamiento, procurando realizar sesiones cortas de tratamiento que eviten la ansiedad y cansancio (tiempo de tolerancia) por parte del paciente. Se ha de planificar adecuadamente cada una de las intervenciones estableciendo los tiempos y programar los tratamientos que requieren anestesia. •

## Bibliografía

- [http://www.iqb.es/patologia/e05\\_008.htm](http://www.iqb.es/patologia/e05_008.htm)
- [http://www.neurorehabilitacion.com/paralisis\\_cerebral\\_infantil1.htm](http://www.neurorehabilitacion.com/paralisis_cerebral_infantil1.htm)
- [http://www.centro-ide.com/paralisis\\_cerebral/paralisis\\_cerebral\\_clasificacion.asp](http://www.centro-ide.com/paralisis_cerebral/paralisis_cerebral_clasificacion.asp)
- [espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm](http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm)
- [www.med.ufro.cl/Recursos/neurologia/doc/](http://www.med.ufro.cl/Recursos/neurologia/doc/)
- [www.psicologoinfantil.com/trasdesapsicom.htm](http://www.psicologoinfantil.com/trasdesapsicom.htm)

## El Módulo Bibliográfico como Estrategia de Aprendizaje no Presencial

### The Bibliographic module as Learning Strategy not Presencial

**Resumen**

La escasez de bibliografía de consulta sobre discapacidad en odontología da lugar a la necesidad de producir material de estudio.

La confección del Módulo Bibliográfico: ABORDAJE Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON TRASTORNOS VISUALES tiene como meta que el estudiante logre dominar el tema a tratar y que permita que en las actividades presenciales de la asignatura, se desarrollen casos clínicos y estrategias de atención específicas sobre pacientes con trastornos visuales. Este tipo de metodología requiere una correcta estructuración del contenido científico a mostrar para que el alumno pueda acceder a él.

Presenta distintas secciones:

- Un texto científico que permite la profundización del tema.
- Actividades individuales y grupales que permiten al docente evaluar el nivel alcanzado por parte de los estudiantes.

Objetivos del módulo:

- Distinguir las características clínicas de las personas con trastornos visuales.
- Reconocer la etiología.
- Diferenciar los distintos grados de deficiencia visual.
- Identificar la patología oral prevalente.
- Destacar las pautas a tener en cuenta en el abordaje del paciente con trastornos visuales.
- Utilizar el Sistema Braille en folletos de educación para la salud.

La tecnología debe ser vista como una herramienta que tiene un enorme potencial didáctico en el proceso de enseñanza – aprendizaje.

**Abstract**

The shortage of literature for consultation on disability in dentistry leads to the need to produce material for study.

The construction of the bibliographic module: APPROACH AND DENTAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VISUAL DISORDERS aims to dominate the student achieves the issue to be addressed and that will allow attendance at the activities of the subject, developed clinical cases and care strategies specific to patients with visual disturbances.

This type of methodology requires a proper structuring of the scientific content to display so that students can access it.

It presents various sections:

- A scientific text that allows the topic.
- Individual and group activities that enable teachers to assess the level reached by students.

Objectives of the module:

- Distinguish the clinical characteristics of people with visual problems.
- Recognize the etiology.
- Differentiate the varying degrees of visual impairment.
- Identifying the prevalent oral disease.
- Emphasize the guidelines to take into account in dealing with the patient's visual disturbances.
- Using the Braille system in leaflets for health education.

The technology must be seen as a tool that has enormous educational potential in the process of education - learning.

**Autora: Od. Daniela Salinas**

Docente Efectiva del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado (CAOD), con extensión de funciones en la Asignatura: Atención Odontológica al Paciente Discapacitado. Funciones docente - asistenciales en el Centro Odontológico para el Bebe Especial (COBE). Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

E-mail: danisalin@yahoo.com.ar



La escasez de bibliografía de consulta sobre discapacidad en odontología da lugar a la necesidad de producir material de estudio para los alumnos universitarios.

La enseñanza a distancia presenta las siguientes características:

- El profesor y los estudiantes pueden no estar presentes físicamente en el mismo tiempo y espacio.
- Para que la comunicación se produzca es necesario crear elementos mediadores (Módulo Bibliográfico).
- Adquiere gran importancia la palabra escrita.

### La confección del Módulo Bibliográfico:

#### **ABORDAJE Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON TRASTORNOS VISUALES**

tiene como meta que el estudiante logre dominar el tema a tratar y que permita que en las actividades presenciales de la asignatura, se desarrollen casos clínicos y estrategias de atención específicas sobre pacientes con trastornos visuales.

Este tipo de metodología requiere una correcta estructuración del contenido científico a mostrar para que el alumno pueda acceder a él.

Presenta distintas secciones:

- Un texto científico que permite la profundización del tema.
- Actividades individuales y grupales que permiten al docente evaluar el nivel alcanzado por parte de los estudiantes.

### Objetivos del módulo:

- Distinguir las características clínicas de las personas con trastornos visuales.
- Reconocer la etiología.
- Diferenciar los distintos grados de deficiencia visual.
- Identificar la patología oral prevalente.
- Destacar las pautas a tener en cuenta en el abordaje del paciente con trastornos visuales.
- Utilizar el Sistema Braille en folletos de educación para la salud.

### Descripción de secciones del módulo:

#### Texto científico:

Concepto de **ceguera** y **deficiencia visual**:

Más específicamente, hablamos de personas con **ceguera total** para referirnos a aquellas que presentan ausencia de respuesta visual o solamente tienen una ligera percepción de luz (pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos). **Ceguera Legal** 1/10 de agudeza visual en el ojo de mayor visión, con correctivos y/o 20 grados de campo visual.

Por otra parte, cuando hablamos de personas con **deficiencia visual** queremos señalar a aquellas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta. En la mejor de las condiciones, algunas de ellas pueden leer la letra

impresa cuando ésta es de suficiente tamaño y claridad, pero, generalmente, de forma más lenta, con un considerable esfuerzo y utilizando ayudas especiales. En otras circunstancias, es la capacidad para identificar los objetos situados enfrente (pérdida de la **visión central**) o, por el contrario, para detectarlos cuando se encuentran a un lado, encima o debajo de los ojos (pérdida de **visión periférica**). Por tanto, las personas con deficiencia visual, a diferencia de aquellas con ceguera, conservan todavía un resto de visión útil para su vida diaria (desplazamiento, tareas domésticas, lectura, etc.).

La deficiencia visual se delimita en función de dos aspectos:

De la **agudeza visual**: es la capacidad para discriminar entre dos estímulos visuales diferentes a una determinada distancia (mayor o menor nitidez).

Del **campo visual**: es el grado de mayor excentricidad que puede abarcar el ojo humano en cada dirección.

### Luego del texto encontramos la actividad:

#### **Actividad 1**

En breves palabras responda:

- Concepto de ceguera y deficiencia visual.
- Que aspectos se tienen en cuenta para determinar la deficiencia visual.

### Sistema Braille

#### **Actividad 2**

- Confeccionar un folleto de Educación para la Salud en Sistema Braille.
- Agregar al mismo, en otra hoja, el texto que se utilizó e indicar si está destinado a niños o adultos.



Antes de avanzar con la lectura del texto, realice la siguiente actividad:

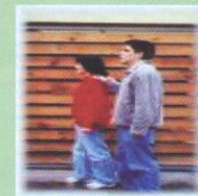
#### **Actividad 3**

• Llega a su consultorio un paciente ciego. Nombre 5 aspectos que debería tener en cuenta para su atención, relacionados con distintos momentos como:

- Sala de espera.
- Consultorio odontológico.
- Tratamiento odontológico.

### SUGERENCIAS PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CIEGO.

- Identificar al profesional y al paciente por el nombre. Recurrir al contacto físico, por ejemplo: una palmada.
- La persona ciega se toma del brazo de la persona que ve y va atrás.



- Guiar con la técnica adecuada, indique hacia donde se dirige y los obstáculos.
- Indicar posibles peligros y las precauciones sin alarmar.
- Evitar la espera porque no hay conocimiento del tiempo.
- Dejar las puertas y ventanas abiertas o cerradas, ya que entornadas pueden producir accidentes.
- Evitar demoras en la atención, debido a que no puede leer revistas.
- No temer usar la palabra ciego o deficiencia visual. El ciego "mira" con las manos (con el tacto).
- Posibilitar la exploración espacial y/o descripción del ambiente.



- Pautar señas para comunicarse.
- Realizar indicaciones correctas. No "aquí" o "allá", sino a la derecha de..., a la izquierda de...
- Para sentarse, la mano del paciente se le acerca al sillón y luego el mismo busca con su otra mano otro referente.
- Una vez sentado el paciente, no se debe cambiar abruptamente la posición del sillón



sin informarle previamente.

- Permitir que el paciente pregunte sobre el tratamiento y contestar.
- Evitar colocar el respaldo muy atrás, porque deja su cara vulnerable y permitirle al paciente el uso de anteojos.
- Explicarle que vamos a trabajar muy cerca.
- Mas que usar el enfoque "decir - mostrar - hacer", invita al paciente a: tocar - saborear - oler". Tener cuidado con los sabores fuertes o irritantes. Suelen rechazar medicación por boca por el sabor o textura. Usar modelos para el acceso táctil.



- Describir en detalle los instrumentos y objetos a colocar en la boca.
- Explicar los procedimientos de higiene bucal (modelos) y guiarlo dentro de su boca.
- Los distintos sonidos deben ser descriptos al paciente con anterioridad a la utilización del instrumental que los producirá. Ejemplo: Debemos avisar que vamos a retirar instrumental de la esterilizadora.

#### Actividad 4

Explique brevemente que tipo de material didáctico utilizaría para una charla de "Educación para la Salud" en esta Escuela Especial.

#### Actividad 5

- Reúname con otros compañeros a ver la película Perfume de Mujer.
- Señale que características del personaje de Al Pacino se destacan teniendo en cuenta lo aprendido en este módulo.
- En la escena del tango encontró algún detalle que se debería corregir.
- Describe brevemente escenas en donde existió tacto activo y pasivo.



#### Conclusión

La tecnología debe ser vista como una herramienta que tiene un enorme potencial didáctico en el proceso de enseñanza - aprendizaje.

**Nuestra labor docente debe actualizarse en forma constante favoreciendo la formación del estudiante. •**

#### BIBLIOGRAFÍA

- LUCERGA, R. y SANZ, M.J. (1994). Atención temprana a niños deficientes visuales con otros déficits asociados (Jornadas sobre el minusválido plurideficiente). Madrid: INSERSO.
- LUCERGA, R. (1994). "El desarrollo emocional del niño ciego, conductas adaptadas y señales de alarma". Actas del I congreso estatal sobre prestación de servicios para personas ciegas y deficientes visuales III. Área Educación, 314-320. Madrid: ONCE
- McINNES JOHN, M. y TREFFRY JACQUELINE A. (1988). Guía para el desarrollo del niño sordociego. Madrid: MEC. SIGLO XXI.
- OLSON, M.R. (1989). Intervención precoz en niños con deficiencias visuales. En M.J. Guralnick y F.C. Bennett (eds.). Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situación de riesgo. Madrid: INSERSO.
- LucerGA, R.; Sanz, M.; La atención temprana a niños con deficiencias visuales, un enfoque preventivo. Conferencia presentada en el Servicio de Neuropediatría. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo, 1991. (inédito).
- Winnicott, D.W. La familia y el desarrollo del individuo. Ed. Hormé. Buenos Aires. 1983.
- Winnicott, D.W.; Los bebés y sus madres. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1989.

## Comparación de dos técnicas de modificación de conducta en niños con retardo mental para la consulta odontológica

*Comparison between two techniques of behaviour's modification, applied in children with slight mental retardation to odontological practice*

**Autora: Dra. Mónica GARAY**

*Miembro del Instituto de Desarrollo Odontológico - IDEO, Lima, Perú*

#### Resumen

La conducta del paciente niño es el factor más influyente que afecta el tratamiento dental, viéndose este incrementado cuando se trabaja con niños con retardo mental. Es por ello que se aplicaron nuevas técnicas no farmacológicas de amplio uso en la psicología para manejar la conducta de estos pacientes denominadas técnicas de modificación de conducta. Siendo la más usada la técnica de Desensibilización Sistemática mediante el uso de la relajación progresiva y la desensibilización en vivo. Sin embargo en el área de la psicología aplicada a niños con retardo mental la técnica más eficaz según diversos estudios es la de Condicionamiento Operante mediante el uso de aproximaciones sucesivas y reforzadores. El propósito del presente estudio fue comparar las dos técnicas mencionadas y su efectividad en la modificación de conducta de los niños con retardo mental leve durante el tratamiento odontológico. La muestra estuvo constituida por 24 niños de ambos sexos, entre 3 y 12 años de edad, con diagnóstico predeterminado de retardo mental leve que acudieron al área de Odontopediatría de la Asociación para la Rehabilitación del Infantil Excepcional (ARIE), en la ciudad de Lima y con experiencias odontológicas previas y rechazo al tratamiento dental. Se dividieron en dos grupos mediante la asignación al azar y a cada grupo se le aplicó una técnica diferente. Los resultados mostraron que la técnica de Condicionamiento Operante muestra ventajas significativas en la reducción de la frecuencia de conductas problema durante el tratamiento odontológico frente a la técnica de desensibilización sistemática.

Palabras clave: TERAPIA CONDUCTISTA / RETRASO MENTAL / DESENSIBILIZACIÓN PSICOLÓGICA / CONDICIONAMIENTO OPERANTE / NEGATIVA AL TRATAMIENTO DENTAL

#### Abstract

The children's behaviour is the most important factor affecting the odontological treatment and its relevance is increased when the dentist has to attend children with mental retardation. Therefore new non pharmacological techniques of ample use in psychology to handle the conduct of these patients denominated techniques of behaviour's modification. The "systematic desensitization" is the most used technique, which makes use of the progressive relaxing and desensitization "in vivo". However, according to the psychological practice applied during the treatment of children with mental retardation development, the conditioning operant is the most technique effective when using the successive approximation and reinforcement. The purpose of the present study was to compare the two mentioned techniques and their effectiveness in the modification behaviour of children with slight mental retardation during the odontological treatment. Our research has been carried out on 24 children, aged between 3-12 years, suffering from a slight mental retardation, having previous experiences in dental treatment and refusing it. They have been treated in the Odontopediatric Sector of the Association for the Rehabilitation of Diseased Children (A.R.I.E.) in Lima - Perú. We divided them in two groups, assigning each of them at random. Then we utilized a different technique of treatment for each group of children. The results of our research work proved that the Operating Conditioning technique has many advantages over the Systematic Desensitization Technique in reducing the frequency of problematical behaviours during the dental treatment.

Keywords: BEHAVIOR THERAPY / MENTAL RETARDATION / CONDITIONING OPERANT / DESENSITIZATION PSYCHOLOGIC / REFUSAL TO TREAT

#### Introducción

Las Naciones Unidas señalan que el 10% de la población mundial sufre de alguna discapacidad. Del cual solo entre el 3 y 4% recibe atención especializada de los servicios dentales (1). Las estimaciones sobre el número de peruanos con discapacidad se

encuentra entre el 8,7% y 13,8% del total de la población; de este porcentaje un 12.5% presenta retardo mental. Población que año tras año se incrementa constituyendo una situación extremadamente preocupante sobre todo en el sector salud, ya que solo 75 de 7,501 establecimientos de salud públicos y

privados presentan servicios de rehabilitación en el país, desconociendo si estos cuentan con infraestructura odontológica orientada a poblaciones discapacitadas (2).

En la odontología pediátrica la conducta del niño es el problema más importante que se presenta durante el tratamiento



dental (3). Viéndose este problema incrementado cuando se trabaja con niños especiales. Es por ello que este estudio basándose en la serie de dificultades que implica la atención de pacientes con retardo mental, sugirió emplear unas técnicas psicológicas pre-operatorias para moldear la conducta del niño y lograr que éste acepte el tratamiento dental, contribuyendo a que su experiencia odontológica sea grata y fructífera. Del mismo modo este estudio se preocupó por lograr una adaptación sencilla de las técnicas a utilizar, para que cualquier odontólogo con mediana experiencia pueda incluirlas a su práctica profesional. Sólo se requiere de paciencia y el entendimiento y comprensión de las necesidades especiales de este tipo de pacientes. (4)

La primera etapa del presente estudio consistió en la observación de atenciones odontológicas habituales a pacientes pediátricos con retardo mental. Posteriormente se realizó una profunda investigación bibliográfica, seguida de consultas a los padres de niños especiales y profesionales de la psicología especial, con el propósito de encontrar el tipo de tratamiento idóneo para estos niños y que nos permita lograr el objetivo de nuestro estudio.

Se encontró que "la modificación de conducta ha demostrado ser la forma de terapia de los trastornos conductuales más eficaz de cuantas terapias se han desarrollado. Posee un extenso campo de aplicación, entre ellos la medicina, odontología, educación, etc. Es una herramienta poderosa, capaz de eliminar problemas de conducta en sujetos que los habían padecido durante años y de establecer nuevos repertorios incluso en pacientes vegetativos con los que habían fracasado otras técnicas." (5)

La modificación de conducta se describe como un proceso que promueve el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas produciendo bienestar y satisfacción. (6) Una de las técnicas adaptadas y más comúnmente usadas en la Odontopediatría es la desensibilización sistemática, desarrollada por el psicólogo J. Wolpe en 1958 como un método para reducir las reacciones de ansiedad. Y dice: "Si una conducta aumenta su potencia entonces otras conductas tienen que disminuir la suya en compensación". Para eliminar la conducta del miedo se debe brindar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad y luego una exposición graduada al estímulo provocador de miedo, que al ser repetido varias veces perderá su capacidad de provocar ansiedad. La relajación y la ansiedad son respuestas contrarias y por lo tanto se inhiben recíprocamente. De este modo la intervención terapéutica consta de dos componentes: a) La Relajación Progresiva: cuyo objetivo es reducir la tensión muscular y ansiedad gene-

ral mediante el entrenamiento de varios grupos de músculos, y controlando la respiración. b) La desensibilización en vivo: que es una exposición directa y graduada a los objetos y situaciones temidos. (7)

El condicionamiento operante es otra técnica que en los últimos años ha ampliado su uso a pacientes con retardo mental teniendo excelentes resultados. B.F. Skinner en 1935, distingue un tipo de condicionamiento basado en la recompensa y lo llama condicionamiento operante (8); que se define como una respuesta que es fortalecida o mantenida por sus consecuencias, por tanto los procedimientos operantes se preocupan por aumentar, disminuir o mantener la conducta ante situaciones particulares. (9) Dentro de sus componentes son dos los aplicables a pacientes con retardo mental: a) Reforzamiento Positivo: se llama así al aumento en la frecuencia de una respuesta que es seguida por un evento favorable. En la modificación de la conducta se encuentran estos reforzadores a manera de fichas, las cuales pueden componerse de puntos, marcas, stickers, diplomas etc. Sin embargo algunos de nuestros pacientes no presentarán ninguna conducta positiva y por lo tanto la conducta que no se da nunca no puede ser reforzada. (10) Así se aplicó también otro procedimiento denominado: b) Moldeamiento por aproximaciones sucesivas: utilizado para aumentar la ocurrencia de la conducta que tiene un nivel cero. Se refuerza cualquier respuesta que se aparezca a la objetivo continuando este proceso hasta lograr nuestra respuesta meta o conducta ideal. (11)

El propósito del presente estudio fue adaptar estas dos técnicas, la Desensibilización Sistemática y el Condicionamiento Operante, a su uso en la odontología pediátrica especial, mediante la creación de un repertorio específico para ser usado antes y durante el tratamiento odontológico, y, comparar cual de las dos técnicas mencionadas posee una mayor efectividad en la modificación de conducta de niños con retardo mental leve que rechazan la atención odontológica.

### Materiales y método

La muestra de estudio estuvo constituida por 24 niños de 3 a 12 años de edad, que asistieron al Área de Odontopediatría de la Asociación por la Rehabilitación del Infantil Excepcional (ARIE), en la ciudad de Lima. Todos ellos con diagnóstico predeterminado de retardo mental leve, con experiencias odontológicas previas y rechazo a la atención odontológica. La población se dividió en dos grupos en forma aleatoria y a cada uno de ellos se le aplicó una técnica diferente.

El primer paso de este estudio consistió en una profunda investigación bibliográfica, dividida en tres conceptos importantes, el retardo mental, la modificación de conducta y la atención en la odontolo-

gía pediátrica. Durante varios meses se observó la atención de pacientes especiales en diferentes centros y consultorios especializados, anotando las ventajas y también las carencias de las diversas técnicas utilizadas para su atención. Finalmente se elaboró una entrevista que constaba de 45 preguntas realizadas a 50 padres de pacientes odontopediátricos de ARIE, acerca de las conductas que observaron en sus niños durante visitas previas al dentista; fueron nueve las conductas problema que se señalaron con mayor frecuencia y que se observaron en las visitas de los niños a la consulta dental (Cuadro Nro.1). Siendo la presencia y frecuencia de estas conductas problema nuestro primer indicativo del grado de rechazo a la atención odontológica que presentaba cada paciente y su ausencia o antagonismo nuestras conductas meta.

En base a este resultado se diseñaron dos herramientas para medir la conducta. a) La ficha conductual: mediante la elaboración de un conjunto de afirmaciones, utilizando la escala de Likert. Consta de cinco valores que representan alternativas, desde una situación óptima hasta una situación pésima y al final se facilita una calificación total del sujeto (Cuadro Nro.2) b) La línea-base concurrente: que es una norma cuantitativa que permite comparar y evaluar los efectos que producen los programas conductuales, la medición se realiza teniendo en cuenta su frecuencia en lapsos preestablecidos de tiempo, que en este caso fueron tres, cada medida con intervalos de 5 minutos (Cuadro Nro.3).

Con el fin de establecer la eficiencia de las técnicas aplicadas y la complejidad de la actividad Odontológica a que fueron sometidos los pacientes, estas se categorizaron en las siguientes: el odontograma, profilaxis dental y aplicación de dos sellantes (Cuadro Nro.4)

Posteriormente se analizaron todas las técnicas de atención utilizadas en la Odontopediatría y las técnicas psicológicas utilizadas en pacientes con retardo mental; como conclusión se obtuvo que el condicionamiento operante y desensibilización sistemática, eran las técnicas más adecuadas en la atención a pacientes con retardo mental y a la vez a su uso en la odontología, elaborándose así un repertorio de pasos para la ejecución de cada una. Es importante destacar que tanto el operador como el anotador estuvieron involucrados desde el inicio de este estudio, por tanto su entrenamiento consistió en una profunda base teórica, observacional y práctica.

El estudio se llevó a cabo en tres citas. En la primera cita se observó al niño en el consultorio y se realizó la primera evaluación conductual, posteriormente se aplicó la técnica de modificación de conducta. En la segunda cita se aplicó la técnica y se evaluó la



conducta. En la tercera cita se aplicó la técnica, se realizó el tratamiento dental y en el transcurso de este se realizaron las evaluaciones finales.

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico de SPSS 12.0, aplicando la prueba estadística de chi cuadrado.

## PROCEDIMIENTO

### Desensibilización Sistemática

1. Relajación: Se invita al niño a sentarse en el sillón dental, si no quiere se le permite sentarse en una silla. Tomamos su mano y realizamos masajes suaves, le pedimos que abra y cierre las manos. Luego le pedimos que mueva la cabeza de un lado a otro muy despacio, que abra la boca y la cierre, que juegue con la lengua llevándola al paladar y a los lados, que abra y cierre los ojos. Tomamos sus tobillos y hacemos que doble y estire las piernas, luego que apriete los dedos contra los zapatos y los suelte. Cada operación se debe repetir varias veces y si el niño presenta cierta ansiedad le pedimos que aspire y expire lentamente.

2. Desensibilización: Si no accedió a sentarse al sillón dental es el momento de pedirselo nuevamente, le mostramos el sillón, dejamos que lo toque y observe sus funciones, hasta que acceda sentarse en él. Luego introducimos el instrumental dental uno a uno, empezando por el espejo bucal, explorador, pinza de algodón, jeringa de aire y agua, cánula de succión, pistola de luz halógena, pieza de mano de baja y de alta. Se deja que el niño explore cada instrumento, lo toque, juegue con él, reconozca sus funciones, primero lo mas alejado del rostro hasta que finalmente logre aceptarlo en boca.

### Condicionamiento Operante

1. Moldeamiento: reforzaremos cualquier conducta parecida a la conducta meta por muy lejana que esta parezca.

2. Reforzamiento positivo: serán los elogios (muy bien, eres un campeón, etc) y/o aplausos cada vez que el niño presente una buena conducta. Al final de la terapia se da al niño un pequeño sticker.

Se invita al niño a sentarse en el sillón dental, si no hace caso dejamos que se siente en una silla, la conducta es reforzada. Le pedimos que intente abrir la boca lo mas grande posible y que saque y meta la lengua, si no quiere abrir la boca buscamos conductas similares, como repetir las vocales y se refuerza hasta lograr las conductas meta. Luego tomamos el instrumental dental en el mismo orden de la técnica anterior y reforzaremos cada acercamiento a éste, hasta lograr que acepte cada instrumental y equipo en boca. Al final de cada terapia se le obsequia un sticker al niño y se le dice que se portó muy bien. Es importante destacar que no se debe condicionar este premio a la conducta del niño, es decir no se le debe decir "si te portas bien te daré un premio", el premio siempre

será entregado pero solo cuando el odontólogo de por terminada la terapia. De lo contrario el reforzador perderá su efecto.

## Resultados

La Tabla I: de acuerdo al puntaje obtenido con la primera herramienta de medición, se dividió las conductas en tres niveles, medio, alto y bajo. Así en la primera tabla se muestra el nivel de conducta durante el tratamiento dental según la técnica utilizada, el condicionamiento operante muestra un nivel más bajo de conductas problema con un 91.7% en comparación con el 83.3% de la desensibilización sistemática, sin embargo no se encontraron diferencias significativas.

La Tabla II: muestra el nivel de complejidad de tratamiento alcanzado de acuerdo a la técnica utilizada. Siendo el condicionamiento operante con un 83.3% el que alcanzó mayor porcentaje de complejidad 3, frente a un 58.3% de la desensibilización sistemática. No se encontraron diferencias significativas.

La Tabla III: muestra la frecuencia de valores muy bajos de conductas problema a los 10 minutos durante el tratamiento dental, constituyendo un 83.3% en el condicionamiento operante frente al 25% de la desensibilización sistemática. Se encontraron diferencias significativas que favorecen a la técnica de condicionamiento operante.

## Discusión

Wright en 1990, afirmó que la conducta del paciente niño es el factor más influyente que afecta el tratamiento dental, siendo esta afirmación el punto de partida para el inicio de esta investigación.

Otro punto que se identificó, es la carencia de estudios descriptivos y comparativos que expliquen y detallen un repertorio específico de las consideraciones a tenerse en cuenta al utilizar estas técnicas en el consultorio dental. Es por ello que esta investigación además de comparar que técnica es la más eficaz en la modificación de conducta, también intentó establecer un protocolo de atención para el manejo de la conducta del niño con retardo mental leve como paciente odontopediátrico; pautas, que aunque no necesariamente deben ser utilizadas de manera estricta, si le pueden proporcionar al odontólogo un modelo de atención. Las consideraciones tomadas en cuenta para la realización de este trabajo se basaron en investigaciones en el campo de la psicología especial y la odontopediatría. Pear J. menciona al respecto que: "La mayoría de los pasos de modificación de conducta son los siguientes: Identificar las conductas problema y las conductas objetivo, registrar las conductas tan objetivamente como sea posible, introducir un programa creado para modificar las conductas problema, asegurar la generalidad del cambio de conducta".

"La escala de pasos introductorios, desde el menos provocador de estrés hasta el máximo" que describe Koch G. en 1994; fue la guía para elaborar la secuencia que debía seguirse al presentarle al niño el equipo e instrumental dental, de modo que se establezca una jerarquía de estímulos que el niño podrá superar consecuentemente.

Se realizaron dos visitas previas a la realización del tratamiento dental, haciendo caso a la sugerencia de Andlaw (1999): "...De hecho es posible culminar el tratamiento en la primera visita, pero ello no se consideraría una practica recomendable, pues aún si el paciente acepta el tratamiento, tal método se contrapone a los principios de modificación de conducta y es menos probable que tenga éxito."

Los tratamientos realizados se hicieron según la sugerencia de Andlaw R. (1999): "Los pasos que pueden definirse para la introducción del tratamiento de restauración a un niño promedio de edad escolar son: Examen dental, profilaxis, selladores de fisuras, fluorización, restauración oclusal (sin anestesia), anestesia por infiltración y restauración, bloqueo del nervio dentario inferior y restauración". En esta investigación solo se realizó, el examen dental, profilaxis y selladores de fisuras; ya que se buscó la mayor uniformidad en los tratamientos, debido a que su complejidad sería uno de los determinantes de la eficacia de cada técnica. Además se consideró que el uso de anestesia local infiltrativa o troncular, hubiese generado la polémica de incluir al dolor y su crucial implicancia en la respuesta conductual de los niños; tema que se sugiere debe ser analizado en trabajos posteriores a esta investigación.

Respecto a los resultados de la Tabla III que muestra diferencias significativas a favor del condicionamiento operante ( $p < 0.05$ ) se presume que esta diferencia se debe a que el niño "estimulado" (condicionamiento operante) tolera mejor y por más tiempo el tratamiento dental que un niño "relajado" (desensibilización sistemática). En el manejo clínico se observó que el niño estimulado llegaba al consultorio más contento, aparentemente relacionaba su visita con un periodo de diversión (risas, aplausos, premio etc.) y por tanto permanece tranquilo por más tiempo, el niño se siente más confiado para hacer preguntas, es más receptivo al contacto del odontólogo e incluso muchas veces muestra su cariño espontáneamente. Por otro lado el niño relajado, tolera por menor tiempo el tratamiento, aunque se observa la mejoría de su comportamiento, no se ve la misma adaptación del otro grupo. Llega al consultorio tranquilo, un poco más relajado en cada siguiente cita, pero al momento del tratamiento dental (aunque se deja realizar los tratamientos) se debe hacer un mayor esfuerzo para controlar su temor o ansiedad



ante un nuevo procedimiento, tomando el odontólogo algunos minutos extra para relajarlo nuevamente. De este modo se concluye que ambas técnicas son beneficiosas en el manejo conductual del paciente niño con retardo mental leve, siendo la técnica de condicionamiento operante la que muestra mayores ventajas durante el tratamiento odontológico en la reducción de la frecuencia de conductas problema, frente a la técnica de desensibilización sistemática.

**Conclusiones**

- Ambas técnicas de modificación de conducta consiguen la disminución de conductas problema de los niños con retardo mental leve durante el tratamiento dental.
- La técnica de condicionamiento operante logró mejores resultados en el mejoramiento de la conducta y mayor aceptación al tratamiento dental frente a la técnica de desensibilización sistemática.
- Ambas técnicas de modificación de conducta lograron conductas positivas hacia la odontología en niños que antes rechazaban cualquier acercamiento a la consulta dental.

**Referencias bibliográficas**

1. RAVAGLIA Clemente, Odontología en niños discapacitados: Metodología para su atención., Editorial Fundación Severo Vaccaro, Buenos Aires, 1999, 176p.
2. Estudio de Prevalencia de la OPS y el Instituto Nacional de Rehabilitación de 1993 y Encuesta continúa del 2005

- del Instituto Nacional de Estadística e Informática.
3. MACDONALD, Ralph; AVERY, David R.; Odontología pediátrica y del adolescente, Editorial Médica Panamericana, 5ta. Edición, 1990.
4. O.P.S / Odontología integral para niños. Módulo I. Organización Panamericana de la salud, O.M.S, 1993.
5. RIBES IÑESTA, Emilio; Técnicas de modificación de conducta: Aplicación al retardo en el desarrollo, México D.F., Trillas, 1972, 283p.
6. LABRADOR Francisco; CRUZADO, Juan Antonio; Muñoz, Manuel ; Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, Madrid , Pirámide, 1992, 902p.
7. TURNER, R.M., DI TOMASSO, R.A. y DELUTY, M., Systematic desensitization, Nueva York, Springer, 1985.
8. MYERS, David G.; Psicología, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1994, 655p.
9. MARTÍN, Garry; PEAR, Joseph; GODOY, Antonio; Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla, 5ta.edición, Madrid: Prentice Hall, 1999, 474p.
10. MAGUIÑA Calderón, Pedro; Psicología del condicionamiento: principios básicos, aplicaciones prácticas, instrumentos psicológicos, Lima, San Marcos, 1989, 298p.
11. WOLPE, Joseph; Práctica de la terapia de la conducta, México D.F., Trillas, 1977
12. ALBUM M., (1986), Tratamiento dental para niños con necesidades especiales. Revista de educación especial. Año 3 N\* 10.
13. DESAI S. S., "Down Síndrome: a review of the literature", Oral Surg 1997, Sep; 84(3): 279-85.
14. ELBA BAGGINI Cynthia, Odontología para el paciente impedido, A. Novak, Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1999.
15. ERICKSON, Mario J.; Cómo es el niño con retardo y cómo enseñarle, Editorial Paidós, 4ta. edición, Impreso en Nueva York, 1979.
16. GÓMEZ W., (1986), Políticas en material de recursos humanos para la educación especial. Revista de

- educación especial. Año 3 N\* 10.
17. KASDIN, Alan D. , Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas , México D.F. Manual Moderno, 1978, 343p.
18. KOCH, Goran; Modeér, Thomas; Odontopediatría: Enfoque clínico, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1994, 288p.
19. MACIA Antón, Diego; Intervención psicológica: programas aplicados al tratamiento, Madrid, Pirámide, 1993, 388p.
20. MARTÍN Sánchez F.; MARTÍN Vicente F. ; Educación Física y deporte para minusválidos psíquicos, Editorial Gymnos, España, 1988, 132p.
21. MELAMED, B.G. and others, Use of filmed modeling to reduce uncooperative behavior of children during treatment, J.Dent.Res. 54 , 1975.
22. OLLEAC, Marcelo Prof.; CAMPAGNOLLE, Sergio Prof.; Educación Física Especial, Recreación y deporte para personas con discapacidad, Editado e impreso en Argentina.
23. PINKHAM, J.R.; Odontología pediátrica, 2da. Edición, Editorial Interamericana, México, 1994, 667p.
24. REYNOLDS, G.S.; Compendio del condicionamiento operante, 3ra. edición, Lima, Industria, 1991, 159p.
25. SANTORO F.; MAIORANA C., GALLETA A.; PANAVELLO W., NOVI S., Universita degli Studi di Milano, "Evaluation of a prevention and prophylaxis program for the handicapped", Prev Assist Dent 1991 Mar-April; 17(2): 8-15.
26. WALLIN, J.E.W., El niño deficiente físico, mental y emocional. Barcelona: Paidós Ibérica, 1986.
27. WHITE, W.C. and others: Use of imitation in the treatment of dental fobia in early childhood; a preliminary report. , J.Dent.Child 41, 1974.
28. YATES, Aubrey J., Terapia de comportamiento, México D.F. Trillas, 1987, 499p
29. YATES, Aubrey J., Teoría y práctica de la terapia conductual, México D.F., Trillas, 1977.

**Cuadro Nro.1**

Conductas Problema en la atención odontológica	
a.	El niño hace berrinche (llora, grita, patalea)
b.	No sigue instrucciones del odontólogo ni de los padres
c.	No accede a sentarse en el sillón dental
d.	Rechaza el dialogo con el odontólogo
e.	Rechaza el contacto con el odontólogo
f.	Rechaza el contacto con el instrumental dental
g.	No abre la boca
h.	Es agresivo con el padre y/o odonto logo
i.	Se hace daño a si mismo

**Cuadro Nro.2**

**A. - Ficha Conductual:** Identificación de la presencia de la conducta y su intensidad.

1. Hace berrinche. a.4 b.3 c.2 d.1 e.0
2. No sigue instrucciones. a.4 b.3 c.2 d.1 e.0
3. No accede a sentarse en el sillón dental. a.4 b.3 c.2 d.1 e.0
4. Rechaza el dialogo con el odontólogo. a.4 b.3 c.2 d.1 e.0
5. Rechaza contacto con el odontólogo. a.4 b.3 c.2 d.1 e.0
6. Rechaza contacto con el instrumental dental. a.4 b.3 c.2 d.1 e.0
7. No abre la boca. a.4 b.3 c.2 d.1 e.0
8. Es agresivo con el padre y/o odontólogo. a.4 b.3 c.2 d.1 e.0
9. Se hace daño a si mismo a.4 b.3 c.2 d.1 e.0

**Cuadro Nro.3**

**B. - Línea-base concurrente:** Recuadro para el registro de las conductas problema del niño de acuerdo a su frecuencia en el transcurso del tiempo que dure la terapia (la cual será de aproximadamente 15 minutos). Registrar cada 5 minutos.

FR				
9				
8				
7				
6				
5				
4				
3				
2				
1				

5 10 15    5 10 15    5 10 15

Observ.    Seg.    Eval.

T I E M P O (en minutos)

**Cuadro Nro.4**

Nivel de Complejidad	
Odontograma	(01)
Profilaxis	(02)
Sellantes	(03)

**Tabla N° I.** Nivel de conducta en la tercera consulta según la técnica utilizada en pacientes con retardo mental leve

		Técnica Utilizada			
		Condicionamiento Operante	Desensibilización Sistemática		
Tercera Consulta	Nivel Bajo de Conductas Problemas	Frecuencia	11	10	21
		Porcentaje	91.7%	83.3%	87.5%
	Nivel Medio de Conductas Problemas	Frecuencia	1	2	3
		Porcentaje	8.3%	16.7%	12.5%
Total	Frecuencia	12	12	24	
	Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	

**Tabla N° II.** Tipo de tratamiento alcanzado de acuerdo a la técnica utilizada en pacientes con retardo mental leve

		Técnica Utilizada			
		Condicionamiento Operante	Desensibilización Sistemática		
Tipo de Tratamiento	Odontograma	Frecuencia	0	1	1
		Porcentaje	.0%	8.3%	4.2%
	Profilaxis	Frecuencia	2	4	6
		Porcentaje	16.7%	33.3%	25.0%
	Sellantes	Frecuencia	10	7	17
		Porcentaje	83.3%	58.3%	70.8%
Total	Frecuencia	12	12	24	
	Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi Cuadrado  
p = 0.334

**Tabla N° III.** Frecuencia de conductas observadas a los diez minutos en la tercera cita

		Técnica Utilizada			
		Condicionamiento Operante	Desensibilización Sistemática		
Numero de Conductas a los 10 minutos en la Tercera cita	0 - 1	Frecuencia	10	3	13
		Porcentaje	83.3%	25.0%	54.2%
	2 - 3	Frecuencia	2	5	7
		Porcentaje	16.7%	41.7%	29.2%
	4 - 5	Frecuencia	0	4	4
		Porcentaje	.0%	33.3%	16.7%
Total	Frecuencia	12	12	24	
	Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi Cuadrado  
p = 0.011



# UNA ESTRATEGIA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: EL FOLLETO

A STRATEGY FOR EDUCATION IN HEALTH: THE BROCHURE

Autor: Od. Guillermo GATTONI

Egresado de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo Integrante de la cátedra de Clínica de Discapacitados

E-mail: guillegattoni@hotmail.com

**Resumen**

En educación para la salud muchas son las estrategias disponibles para lograr el objetivo de mediar el proceso aprendizaje : los medios masivos de comunicación escritos y audiovisuales tienen fortalezas por lo inmediato pero también debilidades por lo fugaz que puede llegar hacer un programa radial. Otro instrumento es el folleto . La confección del mismo implica tener en cuenta dos factores el destinatario y el contenido . por otro lado deben tenerse en cuenta factores inherentes al folleto la topología la textura la descripción los colores el tamaño tipo y tamaño de letra el material con que se construye el folleto etc.

**Abstract**

In health education are many strategies available to achieve the goal of mediating the learning process: the mass media have written and audiovisual strengths for the immediate future but also weaknesses so fleeting that can make a radio program. Another tool is the brochure. It involves the construction of the two factors to take into account the recipient and content. on the other side should take into account factors inherent in the topology brochure describing the texture colors size and type font size with the material that builds the brochure and so on.

**DESARROLLO**

**Que es un folleto?**

• Según el diccionario de las Américas el folleto es definido como una Obra impresa de poca extensión (...) suele ser de carácter informativo..."

"El folleto es usado como una educación no formal en estrategias no convencionales en la salud"

**Características del folleto**

- El folleto busca crear en el receptor la necesidad de obtener su información
- A comparación de otros textos publicitarios, el folleto tiene que expandirse en una base informativa.
- El folleto tradicional suele estar impreso en varios colores lo cual lo hace más atractivo. Al estar frecuentemente acompañado por imágenes, éstas realzan el interés y atención del lector.

**Armado del folleto**

- Algunos de los elementos que no deben estar ausentes en la producción del folleto son:
  - La originalidad en el mensaje lingüístico.
  - Una tipografía llamativa y clara.
  - Los verbos usados en modo imperativo.
  - Las imágenes impactantes

**Ejemplos**

**Cómo cuidar y hacer feliz a tu Tamagotchi**

¡Tu Tamagotchi necesita millones de miras luz para viajar a la Tierra desde su planeta natal! Tras un viaje tan largo en el espacio compacto y silencioso, ésta son las recomendaciones más útiles para conseguir que tu Tamagotchi sea completamente feliz contigo.

En primer lugar, después del viaje, hoy que despertaría de su largo aislamiento de millones de años luz...

...retrayendo la tira de papel que sale de su lettera y encendiéndola produce interactivo combinando con un objeto de punto al botón que hay en la parte trasera.

A continuación hoy que estar el honor del planeta natal del Tamagotchi al hogar de la Tierra fijación del medio B para abrir la pantalla del reloj, botón de la izquierda A para ajustar las horas y botón B para los...

**Llega a España la criatura del espacio más entrenable y divertida ...**

**Medical Snack**

1 Comida 2 Luz 3 Juego 4 Inyección 5 Asco 6 Seleccionar 7 Aceptar 8 Educación

**Factores a tener en cuenta**

- **DESTINATARIO**
  - \_ EDAD
  - \_ SEXO
  - \_ NIVEL SOCIO ECONOMICO
  - \_ LUGAR GEOGRAFICO
  - \_ POBLACION
  - \_ PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES
  - \_ PROFESIONALES
  - \_ PEDRES O TUTORES
- **MENSAJE O CONTENIDO**
  - \_ EDUCATIVO
  - \_ INFORMATIVO
  - \_ CIENTIFICOS
  - \_ COMERCIAL

**LA PRESENTACIÓN**

Esta tiene una relación directa tanto con el destinatario como con el mensaje al que se apunta, su material, letra imágenes etc. Tendrán gran relación con la discapacidad del paciente y con la inversión que se quiere realizar.

**Tipos de distribución**

- EN FORMA MASIVA
- EN ENTIDADES PUBLICAS
- EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS
- EN HOSPITALES O CENTROS DE SALUD

- POR MEDIO RADIAL O TELEVISIVO
- EN CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS

**Conclusión**

La educación para la salud es un pilar muy importante para la calidad de vida del ser humano, existen un sin fin de estrategias para mejorar la salud perdida y para el mantenimiento de la salud lograda. El folleto educativo representa un instrumento económico que puede tener un impacto a grandes grupos poblacionales y produciendo una verdadera influencia.

**Frase del pensamiento**

"Además de la mano que hace trazados con el lápiz, del ojo que discrimina formas, y de la boca que emite sonidos, hay un sujeto que piensa". •

**Bibliografía**

- www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/1250/1270.ASP
- blabido.com/2084,las-caracteristicas-de-un-folleto-del-recorrido.html
- roble.pntic.mec.es/~msanto1/lengua/-folleto.htm
- es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20061009185836AAPf12i
- cgi.ebay.es/Moto-Ossa-Sport-Especial,folleto-con-caracteristicas\_W0QqItemZ360084002645QQcmdZ
- FERNÁNDEZ, A., et. Col., Tecnología Didáctica. Teoría y Práctica de Programación Escolar, Barcelona, CEAC, 1979.
- UNIVERSIDADES DE CIENCIAS, INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DE DOCENTES, CONDICIONES ACADÉMICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN INTERDISCIPLINARIA DEL SABER EDUCATIVO

**ALERGIAS**

En cuanto a la comunicación, se debe señalar a la persona habla o no y, caso de que no hable, si utiliza algún medio no verbal para comprender la esencia de lenguaje.

**ENSEÑANZA DE CEPILLADO**

Laminamos Cepillos y pasta Colocar pasta en el cepillo Lavamos y secamos las manos

¡Nuestra tarea es la de ofrecer al paciente y a su familia recursos terapéuticos adaptados a sus necesidades y una constante actualización.

Autora: Daniela Salinas

Tocar suavemente cara, frente, mejilla, avanzando gradualmente hacia la zona bucal. Desde las zonas más lejanas y acercándose paulatinamente a la zona peribucal y bucal.

Cerrar el labio superior e inferior con los dedos a una presión firme, soltarlos y repetir.

Introducir gradualmente sabores más fuertes en las comidas, luego aumentar poco a poco la consistencia.

Colocar la comida en el centro de la lengua y presionar firmemente hacia abajo.

Colocar el alimento en los laterales de la boca, entre las dentales para estimular la masticación.

Delante de un espejo, repetir sonidos como "u-u-u" "i-i-i", exagerados. Estos fonemas estimulan el tono de los músculos peribucales y bucal.

Sonrisita-Besito: los labios van de una posición muy estirada (sonrisa) a una posición circular (dar un beso). (Contracción-Extensión)

Actividades de soplo: hacer pompas de jabón soplar bolitas de algodón en la mesa o en un plano inclinado, poco a poco aumentar el tamaño de las bolitas y el peso (ejercerá mayor fuerza) soplar con un silbato apagar velas



## IMPORTANCIA DE LACTANCIA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

IMPORTANCE OF BREAST IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME

### Resumen

La lactancia materna es tan antigua como la humanidad y ha sido durante siglos la forma habitual de las madres de criar a sus hijos. Sin embargo, a lo largo del siglo XX con el modernismo ha tomado auge la lactancia artificial.

Este fenómeno ha sido aún más acentuado en los niños con síndrome de Down, sin embargo, no es cierto que el síndrome de Down sea una contraindicación para la lactancia materna. En realidad, muchos de los problemas con los que nos vamos a encontrar derivan de la inseguridad y el desconocimiento de las técnicas de lactancia y de la separación del niño de la madre durante los primeros días de vida. Además ciertas características orofaciales, propias del recién nacido con síndrome de Down, pueden dificultar dicho amamantamiento sin embargo hoy se sabe que el amamantamiento es la prevención del "Síndrome del Respirador Bucal", es la prevención de las patologías del aparato respiratorio; es la prevención de la deglución atípica; es la prevención de la maloclusión; es la prevención de hábitos; es la prevención de las disfunciones craneo-mandibulares, es la prevención de las dificultades de fonética.

Son muchos los motivos a favor del amamantamiento y es labor de todo profesional de la salud conocedor de las ventajas fisiológicas y de salud; promover su uso y recomendarlo como lo más adecuado para mantener a un niño saludable.

### Abstract

Breastfeeding is as old as mankind and has been for centuries the usual way for mothers to raise their children. However, throughout the twentieth century with modernism has taken booming artificial feeding.

This phenomenon has been even more pronounced in children with Down syndrome, however, is not true that Down syndrome is a contraindication to breastfeeding. In fact, many of the problems that we are going to find stem from insecurity and ignorance of the techniques of breastfeeding and the separation of children from the mother during the first days of life. In addition Orofacial certain characteristics, typical of newborns with Down syndrome, this may hinder breastfeeding however today it is known that breastfeeding is the prevention of "Oral Respirator Syndrome", is the prevention of the diseases of the respiratory system, is prevention Atypical of swallowing, is the prevention of malocclusion; is prevention habits, is the prevention of skull-mandibular dysfunction, is the prevention of the difficulties of phonetics.

There are many reasons in favor of breast-feeding and work of all health professional familiar with the advantages of physiological and health, promote their use and recommend the most suitable for keeping a child healthy.

La lactancia materna es tan antigua como la humanidad y ha sido durante siglos la forma habitual de las madres de criar a sus hijos. Sin embargo, a lo largo del siglo XX surgieron diferentes productos que se han ido perfeccionando hasta lograr las actuales fórmulas lácteas sustituyendo la leche materna por una artificial, y en reemplazo del pecho materno, como auge la lactancia artificial (biberón o mamadera). Junto con la aparición de estos sustitutos surgen otros factores, (inestabilidad emocional, actividades laborales, falta de preparación psicosocial de las madres, etc.) aceptándose la lactancia artificial como el método más práctico que permite la rápida integración de la madre a las actividades sociales, laborales, etc.

Todo esto, ha contribuido al abandono progresivo de la lactancia materna, creándose la "cultura del biberón", de forma que gran parte de las mujeres que hoy son madres tienen un gran desconocimiento de todos los beneficios que esto constituye. Este fenómeno ha sido aún más acentuado en los niños con síndrome de Down, sin embargo, no es cierto que el síndrome de Down sea una contraindicación para la lactancia materna. En realidad, muchos de los problemas con los que nos vamos a encontrar derivan de la inseguridad y el desconocimiento de las técnicas de lactancia y de la separación del niño de la madre durante los primeros días de vida. Además ciertas características orofaciales, propias del recién nacido con síndrome de Down, pueden dificultar dicho amamantamiento.

Definiremos la lactancia materna o natural como aquella alimentación del niño durante los primeros meses de su vida, cuando se

realiza exclusivamente a través del seno materno. Constituye el mejor método de alimentación infantil y las ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas y de salud oral y general han sido reportadas por años. A esto se suma que se considera a la lactancia materna como un factor favorable muy importante para lograr el equilibrio morfofuncional del sistema orofacial, garantizando el crecimiento armónico de las estructuras faciales.

Freud plantea que el primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace en principio, basado en una necesidad, la de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida irá creando sustitutos, por ejemplo: tenderá a chuparse el dedo o la lengua, después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o puede ponerse objetos extraños en la boca, morderse las uñas, el pelo, el brazo, el labio y todos estos hábitos incorrectos, son causa de maloclusión en etapas posteriores.

En los niños con síndrome de Down, debido a la hipotonía muscular y la disminución de algunos reflejos tienen ciertas dificultades al realizar la succión y deglución, pero eso no les impide la lactancia materna.

Al contrario de lo que se cree, los movimientos de succión ayudan a fortalecer la musculatura facial, que hipotónica de estos niños, y mejoran su oclusión, lo cual repercutirá después favorablemente en la masticación, deglución y en desarrollo del habla.

### Consejos para el amamantamiento

1. Iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al parto.

Es en este periodo de tiempo cuando el recién nacido presenta una capacidad de succión mejor y un reflejo de búsqueda más intenso. Al nacer, se debe permitir que el niño y la madre tengan un primer contacto, piel con piel, colocando al recién nacido sobre el abdomen de la madre. Este primer contacto y el amamantamiento van a facilitar la formación de fuerte vínculo afectivo. Esta práctica debe realizarse también en

**Autora: Od. Verónica Andrea CAMPAÑA**  
Ayudante Ad Honorem "Cátedra Atención Odontológica del paciente discapacitado", cursando la carrera de "Especialización en Atención Odontológica del Niño y el Adolescente", Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.  
E-mail: verito\_sur@hotmail.com

los niños con síndrome de Down, y únicamente a aquellos que nazcan con problemas graves que precisen actuación médica urgente se les debe privar de este primer contacto.

2. Enseñar a las madres cómo se debe amamantar al niño.

La madre debe conocer las ventajas de la lactancia materna y sus técnicas antes de dar a luz a su hijo. Debe recibir información para que afronte estos primeros momentos con más conocimientos, seguridad y confianza en sí misma. Los principales puntos a tener en cuenta son:

- Mantener un ambiente tranquilo y agradable a la hora de dar de mamar.
- Despertar bien al niño antes de ponerle al pecho. Los recién nacidos con síndrome de Down pueden mostrarse con más sueño en los primeros días.
- Mantener una postura correcta, tanto del niño como de la madre. Es recomendable que la madre se encuentre cómoda. El cuerpo del niño debe estar de cara a la madre (ombligo frente a ombligo) de forma que la cara del bebé quede enfrente de la mama. La cabeza estará apoyada aproximadamente en la mitad del antebrazo y no en el codo de la madre. Todo el cuerpo del recién nacido quedará alineado, evitando que el niño tenga que flexionar o rotar la cabeza, porque esto dificulta la succión.

Estimular la succión, haremos que el labio superior del niño quede a la altura del pezón, de forma que ambos se rocen. Como respuesta, después de unos segundos, el niño abre mucho la boca (reflejo oral de búsqueda). Es necesario que al estimular la succión los bebés estén bien despiertos y con el mínimo de ropa posible, la madre debe acariciar sus labios y cachetes y es necesario gotear leche de su pecho en su dedo meñique, colocándolo luego en la lengua del bebé hasta que él comience a succionar para ponerlo inmediatamente después a mamar.

- Cuando el niño tenga la boca bien abierta, es cuando la madre aproximará más al niño hacia su pecho, moviendo a la vez todo el cuerpo del niño y no sólo la cabeza. De esta forma el niño no sólo cogerá el pezón sino

LACTANCIA  
MATERNA





- Dejar al niño que mame el tiempo suficiente hasta que vacíe el pecho y se separe espontáneamente. Los niños con síndrome de Down pueden tardar más que otros niños debido a su hipotonía y no se les debe retirar a los 10 minutos para pasarles al otro pecho, ya que la composición de la leche varía del principio al final de la tetada. Al principio de la toma, la leche es rica en proteínas e hidratos de carbono, mientras que al final lo es en grasas. Por esta razón, si no permitimos que tomen el pecho el tiempo suficiente para ingerir la leche del final de la tetada, el niño tomará menos grasa, con lo que quedará menos saciado y ganará menos peso.

- Darle de mamar frecuentemente, a demanda del niño, incluso si hace poco que acaba de darle de mamar. Los niños con síndrome de Down, debido a su hipotonía, lloran y patean menos y por lo tanto pueden reclamar el pecho de una forma menos intensa que otros niños. Por ello, se les debe estimular con frecuencia, intentando ponerles al pecho los primeros días al menos unas 7 veces al día.

Es especialmente importante estimular la succión a edades tempranas en los niños con Síndrome de Down, pues amamantar, es el principal paso y el mejor método natural que puede existir, para estimular la musculatura bucal y facial, y así mejorar la tonicidad muscular de los labios, boca, lengua y toda la musculatura de la cabeza y el cuello, importantes para el desarrollo de las arcadas dentarias y el lenguaje.

#### Fisiología de la succión

El mecanismo natural de alimentación lleva al niño a introducir el pezón materno entre sus rodetes gingivales, abrazándolo con los labios. Es importante que los labios del recién nacido abarquen bien la aréola, quedando el pezón sobre la lengua, a fin de que la succión se pueda realizar eficazmente. Empieza entonces un movimiento de propulsión y retrusión mandibular, al mismo tiempo que la lengua realiza los movimientos peristálticos que permiten la deglución; produciéndose con ello la salida de la leche materna. Cuando la leche fluye a la parte posterior de la cavidad oral, asciende el hioides y con el cierre anterior se produce una presión negativa, que permitirá el paso de la sustancia alimenticia al esófago.

#### La deglución

Es la acción de tragar, en la que se produce el paso del alimento de la boca al estómago. Para fijar la mandíbula, el neonato debe colocar la lengua entre ambos rodetes, manteniendo así la dimensión vertical, que es también la posición normal intrauterina. De esta manera, queda un espacio anterior que se cierra con el pezón o el biberón cuando el bebé se alimenta. Se inician entonces los movimientos de la mandíbula en sentido anteroposterior.

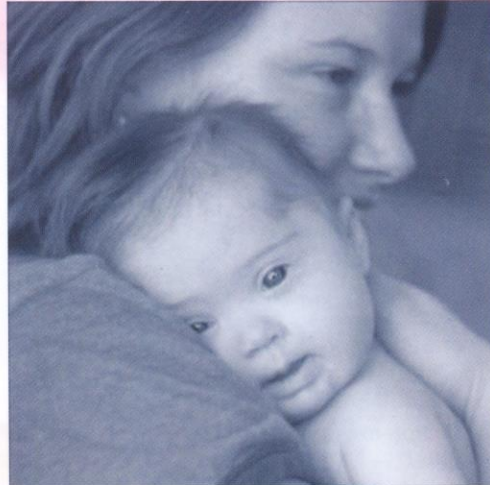
¿Por qué la mala oclusión? Por falta de espacio

¿Por qué falta de espacio? Por falta de función

¿Por qué falta de función? Por falta de estímulo neurológico

Y nos preguntamos ¿Por qué la falta de estímulo neurológico? Por falta de amamantamiento

Cuando la lactancia no puede ser materna, se sustituye el pecho por el biberón con fórmulas de leche adaptadas a la digestión del bebé. Si se utilizan tetinas tradicionales, redondas y con orificios de salida excesivamente grandes, se alteran los mecanismos de succión del niño y faltan estímulos para el desarrollo de la mandíbula. Es un acto pasivo, la leche se obtiene sin esfuerzo y la duración de la mamada se reduce notablemente. Como consecuencia, se producirá una falta de desarrollo anteroposterior de la mandíbula, ya que la propulsión lengua-mandíbula es más débil. También algunos músculos, como



los maseteros y los pterigoideos, estarán menos ejercitados, ya que la simple depresión lingual será suficiente para la obtención de la leche. Las tetinas tradicionales, por tanto, son inadecuadas para el bebé, ya que se acostumbran a una alimentación fácil y se vuelven poco activos en el aspecto dietético. Además, los labios no pueden ejercer una presión suficiente y la lengua se sitúa más baja y retrasada, impidiendo la correcta estimulación para el ensanchamiento del



#### LACTANCIA ARTIFICIAL

paladar y el crecimiento anterior mandibular. Todos estos factores implicarán una maloclusión dentosquelética. El niño aprende a «tragar» sin esfuerzo y se pierde la sincronía con la respiración, aumentándose, por tanto, el riesgo al mantenimiento de un hábito de respiración oral. Al mismo tiempo, un acto patológico de nutrición conlleva, muchas veces, hábitos prolongados de succión del pulgar, labios, biberón o chupete, que dan lugar a malformaciones de los huesos maxilares en función del tiempo y de la intensidad con que se produzcan.

En aquellos casos en que los bebés son sometidos a cirugías al nacer y separados de sus madres, lo que puede llevarlos a un destete precoz, o bien, por la condición emocional de las madres en los que se impida

el logro de una lactancia adecuada, respetando los motivos de no amamantar se debe tener en cuenta que en los niños con Síndrome de Down, hay que controlar el tipo de tetina ( que no sea demasiado ancha, ya que esto en muchos casos, unido a la macroglosia, favorecería la protrusión o salida de la lengua de la boca) y perforación de la misma (éste suele ser demasiado grande y el líquido fluye continuamente, por lo que en contradicción, no estaremos facilitándole al bebé la tarea de succionar, sino que provocaremos además que no ejercite lo suficiente la musculatura buco-lingual, caracterizada por ser hipotónica en los síndrome de Down).

A medida que el niño va creciendo, intentaremos ir retirando paulatinamente el uso del biberón, ya que su uso excesivo, puede perjudicar el acto de la deglución, modificando el ascenso de la lengua y provocando la protusión de la misma y el "chupeteo".

De esta manera podemos llegar a la conclusión de que el amamantamiento es la prevención del "Síndrome del Respirador Bucal", es la prevención de las patologías del aparato respiratorio; es la prevención de la deglución atípica; es la prevención de la maloclusión; es prevención de hábitos; es la prevención de las disfunciones cráneo-mandibulares, es la prevención de las dificultades de fonética.

Amamantar a un hijo es una de las experiencias más gratas en la vida de una mujer. Dicho acto constituye una auténtica revolución en la supervivencia infantil. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) podrían salvarse en el mundo, más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros 4-6 meses de vida.

La UNICEF estima que el abandono de la lactancia materna es un factor importante en las muertes de por lo menos 1 millón de niños al año en el mundo; muchos más sobreviven a pesar de no ser amamantados, pero sufren deficiencias en su desarrollo y crecimiento. El riesgo de morir en los primeros meses de vida, cuando el niño es alimentado artificialmente, es de 3 a 5 veces mayor que los alimentados correctamente.

Son muchos los motivos a favor del amamantamiento y es labor de todo profesional de la salud conocedor de las ventajas fisiológicas y de salud; promover su uso y recomendarlo como lo más adecuado para mantener a un niño saludable. •

#### Bibliografía

- Becar Varela, Lactancia feliz. 1995.
- Recomendaciones para la lactancia materna, comité de lactancia materna, asociación española de pediatría. Servicio canario de salud. Edita: Dirección General de Salud Pública.
- Lactancia Materna. Manual para profesionales. Royal College of Midwives. 1ª ed. ACPAM. Barcelona, 1994.
- Revista Síndrome de Down 22: 15-19, 2005
- Organización Mundial de la Salud: www.who.int
- UNICEF: www.UNICEF.org
- Lactancia Materna: Guía de manejo. Colombia. <http://www.encolombia.com/lm0003.htm>
- Maestro Castillo Morales Fisioterapeuta
- La Lactancia Materna En Los Niños Con Síndrome De Down Ana Tejerina- Puente Peditra, Centro de Salud Cazoña Asesora Médica, Fundación Síndrome de Down de Cantabria Santander.



# NOTICIAS

## LIMA, PERU

Se fundó en Agosto la Asociación Sociedad Peruana de Odontología del Paciente Especial presidida actualmente por la **Dra. Edith FALCONI SALAZAR**. La Dra. Patricia DI NASSO participó como madrina de la Asociación y dictante del 1er. Curso: TENDENCIAS ACTUALES en el TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO del PACIENTE DISCAPACITADO que se desarrolló en Lima como primer evento científico.



## BUENOS AIRES

Los días 30 y 31 de Agosto el Dr. Walter LOPRESTI asistió al SEMINARIO INTERNACIONAL "APRENDIZAJE y SERVICIO SOLIDARIO" en representación de la Cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, ganadora del Premio Presidencial 2006 Prácticas Educativas Solidarias correspondiente al Programa Nacional Educación Solidaria del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

## PANAMA

Los primeros días de septiembre se realizó una visita a la Empresa Odontomédica en la ciudad de Panamá. En esa oportunidad se realizó la adquisición de insumos específicos para la atención de personas con discapacidad.

## REINO UNIDO

Visita de la Dra. Dr Shelagh Anne THOMPSON (BDS, MPhil, PhD, MSNDRCS Ed, FHEA), de Cardiff, Gales, Reino Unido de Gran Bretaña y Norte de Irlanda.

Realizará una estadía en carácter de "visitante" entre el 14 y 20 de Octubre del corriente.

La referida Profesional es President of the British Society for Disability and Oral Health 2007-8 Committee member BSDH, Master of Philosophy, University of Wales, 1991, Diploma in Clinical Hypnosis (Distinction) University of Sheffield, 1993, Doctor of Philosophy, University of Wales, 1999. Specialist in Endodontics 2000 GDC Specialist List, Membership in Special Needs Dentistry Royal College of Surgeons of Edinburgh 2002.

## LA PLATA, ARGENTINA

El 15 de Octubre de 2008, se desarrollarán en la ciudad de La Plata, las 1º JORNADAS de ATENCIÓN ODONTOLÓGICA del PACIENTE con APTITUDES DIFERENTES" organizadas por la Facultad de Odontología de la universidad Nacional de La Plata.

Durante las mismas, la Dra. Patricia DI NASSO disertará acerca de la Atención Odontológica de bebés y Niños con Discapacidad.



# BRASIL

Congreso de la IADH



(International Association for Disability and Oral Health).

Durante el mismo participaremos en las siguientes áreas

Simposio V: Tratamiento Ortodóntico y ortopédico

Moderador:	Dr. Denise FAULKS	France
Co- Moderador:	Dr. Patricia DI NASSO	Argentina
Expositores:	Stefan AXELSSON	Noruega
	Maite ABELEIRA PAZOS	España
	Starvos KILLIARIDIS	Suíça / Grecia

Miembro del Comité de Evaluadores de Temas Libres Dr. Patricia DI NASSO

Temas Libres:

\* Dental care in babies and children with disability, Author: Dr. Patricia DI NASSO

Posters:

\* Dentists and their training in disability Author: Dr. Patricia DI NASSO

\* The drawing, dentistry and the special patient Author: Dr. Fernanda SYLVESTRE

Co-Authors: Dr. Patricia DI NASSO, Dr. Veronica CAMPAÑA, Lic. Laura SASTRON

\* Oral health education on children with disabilities Author: Guillermo GATTONI

Co-Authors: Jeronimo BERTIN, Dra. Fernanda SYLVESTRE, Dra. Veronica CAMPAÑA

\* Special children and social and economists needs Author: Lic. Laura SASTRON

Co-Authors: Dr. Fernanda SYLVESTRE, Dr. Veronica CAMPAÑA, Dr. Patricia DI NASSO.



Hasta la próxima

See you soon