



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
MENDOZA - REPÚBLICA ARGENTINA



Revista de la Cátedra
“Clínica del paciente discapacitado”

Special Smiles
“Chair Clinical for the Disabled Patient”

Septiembre/2014 - Año 4, Número 1

September/2014 - Year 4, Number 1

Staff



ISSN N° 2314-1026

Cátedra
"Clínica del paciente
discapacitado"

Prof. Titular

Dra. Patricia DI NASSO

Prof. Adjunto

Od. Walter LOPRESTI

Diseño e impresión

Shine

2664-846569

shinegrafica@gmail.com

Revista Sonrisas Especiales
Es una Publicación de la
Cátedra "Clínica del paciente
discapacitado" 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 autoriza-
ción 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
del paciente discapacitado".
Las imágenes que aparecen en
esta publicación tienen
únicamente fines didácticos.

AÑO 4 - N° 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
MENDOZA - REPÚBLICA ARGENTINA

Autoridades de la Facultad de Odontología

Decana

Prof. Dra. Patricia DI NASSO

Vicedecano

Prof. Esp. Jorge RUIZ

Secretaria Académica

Prof. Esp. Fernanda NAVARRO

Secretaria de Asuntos Estudiantiles

Prof. Esp. Guillermo DE LA ROSA

Secretaría Postgrado

Prof. Dra. Adriana POLETTO

Secretaria de Ciencia y Técnica

Prof. Esp. Susana PRINCIPE

Secretaria de Graduados

Od. Esp. Gabriela SASTRON

Consejo Directivo

Por los Profesores Titulares

Ana María RUIZ

Verónica VENTRERA

Julio CARAM

Liliana FASOLI

Por los Profesores Adjuntos

Walter LOPRESTI

Carlos BOSSHARDT

Por los Auxiliares de Docencia

Isabel BONGIOVANNI

Por los Egresados

Rodrigo PALMILI

Fernando VILLA

Por los Estudiantes

Emiliano TORRES

Nicolás MARON

Gerado HORNO

Por el Personal de Apoyo Académico

Daniel GARRO

Consejo Superior

Por los Profesores

Prof. Esp. Silvia GONZALEZ,

Prof. Esp. Susana OSTROPOLSKY

Prof. Esp. Graciela MARTINEZ

CENTRO de ATENCIÓN ODONTOLÓGICA al DISCAPACITADO

Director

Prof. Od. Walter LOPRESTI

Co-Directora: Od. Andrea QUIROS

Prof. Dra. Patricia DI NASSO

Od. Cecilia CIPOLLA

Od. Lucía MESA

Od. Daniela SALINAS

As. Social Laura SASTRON

As. Dental Susana QUINTERO

INDICE

Editorial

Pag.
1

Od. Machado Hernán

Atención Domiciliaria ¿También en odontología?

Home Care, also for dentistry services?

Pag.
2

Prof. Zavala Walther

"El envejecimiento y el cáncer. Nuevas perspectivas"

"Aging and cancer. New perspectives"

Pag.
3

Dr. Walter Lopresti

ROL DEL ASISTENTE DENTAL EN LA ATENCION DE
PACIENTES CON SINDROME DE DOWN

Pag.
4

Prof. Dra. Patricia DINASSO

MIRADA HISTORICA de la DISCAPACIDAD

Pag.
6

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DISCAPACITADA

Fecha Entrega: 29/8/16

Procedencia: Donación

EDITORIAL

UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FO
FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

Biblioteca

Prof. Consulto José Luis PASCUAL

Seguimos caminadoiiiiiiiiii

Esta REVISTA en la que he participado desde su nacimiento ha representado para mí, un espacio de difusión de la ODONTOLOGIA y la DISCAPACIDAD.

Poco se escribe sobre estos aspectos. Poco se investiga sobre la atención odontológica de estos pacientes.

Esta REVISTA que tuve la suerte de construir gracias al apoyo económico del Ministerio de Educación de la Nación ha resultado ser muy importante para la especialidad que con mucho gusto abrazo. Hoy está en las mejores Instituciones del mundo, ha logrado tener su número ISSN, es apreciada por los colegas de nuestro país y del exterior.

Seguimos aportando a esta disciplina. Con nuestra experiencia y nuestro humilde saber queremos año a año compartirlo con Udes., e invitarlos a enviar sus aportes y vivencias para entre todos lograr que las personas con discapacidad alcancen una mejor calidad de vida a partir de una SONRISA SANA.



Dra. Patricia DI NASSO

Profesora Titular Efectiva cátedra Clínica del Paciente Discapacitado Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.
Doctora en Salud Pública (EEUU, 2009),
Postdoctorado en Ciencias de la Salud (EEUU, 2012),
Master en Atención Temprana (España, 2008),
Especialista en Odontología Preventiva y Social (2003 y 2011),
Especialista en Docencia Universitaria (1996),
Magíster en Gestión de Organizaciones Públicas (1992),
Investigadora. Directora del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado / Centro Odontológico para el Bebé Especial. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Centro Universitario, Parque Gral. San Martín (5500) Mendoza, Argentina.
Email: patdin@fodonto.uncu.edu.ar

We continue walkingiiiiiiiiii

This JOURNAL in which I have participated since birth has meant to me, a space of diffusion of the DENTISTRY and DISABLED.

Little is written about these issues. Little is research on dental care of these patients.

This JOURNAL I was fortunate to build with the financial support of the Ministry of National Education has been very important for the specialty very happy hug. Today it is in the best institutions in the world, has achieved its ISSN number, it is appreciated by colleagues from our country and abroad.

We continue contributing to this discipline. With our experience and our humble know every year we share with you, and invite you to send your contributions and experiences among all for getting people with disabilities achieve a better quality of life from a HEALTHY SMILE.



PHD PATRICIA DI NASSO

Effective Chair Professor Disabled Patient Clinic, Faculty of Dentistry, National University of Cuyo, Mendoza, Argentina. Doctor of Public Health (USA, 2009),
Postdoctorate in Health Science (EEUU, 2012), Master in Early Intervention (Spain 2008), Specialist in Social and Preventive Dentistry (2003 and 2011), Specialist in Higher Education (1996), Master in Management of Public Organizations (1992). Research. Director, Center for the Disabled Dental Care / Dental Center for Special Baby.
Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Centro Universitario, Parque Gral. San Martín (5500) Mendoza, Argentina. Email: padin@fodonto.uncu.edu.ar

Atención Domiciliaria ¿También en odontología?

Home Care, also for dentistry services?

La atención odontológica del paciente con parálisis cerebral debe ser interpretada como **un dialogo sin palabras**, en el cual nosotros nos sumergimos en el mundo del paciente y depende de nuestra sensibilidad el poder captar esas pequeñas señales que son la puerta de entrada para poder realizar nuestra atención y que cada paciente va a ser un mundo nuevo que debemos explorar.

Comprender que hay días en los que no podremos realizar ninguna atención y no por eso sentirnos impotentes o frustrados, es positivo reconocer que ese día no es el indicado y volver en otro momento.

Al lograr esa simbiosis podemos incluso adelantarnos a sus movimientos involuntarios. Basado en mi experiencia hospitalaria de más de cuatro años realizando visitas domiciliarias a pacientes postrados puedo asegurar que un acto simple del cual podemos recopilar mucha información es el solo hecho de pedirle al cuidador/familiar que le realice un lavado dental como lo haría cualquier día, de ahí vamos observar :

- **Cómo se acerca al paciente,**
- **De qué lado realiza el acercamiento (delante, atrás, izquierda, derecha),**
- **La manera que logra, en el caso de hacerlo la apertura bucal,**
- **Determinación del tiempo de trabajo,**
- **Determinación del reflejo de succión, (como resuelve el mismo),**
- **Modificación del ambiente (si le habla suave, le acerca un peluche etc.)**

Todos datos que facilitaran nuestra labor y que salen de la parte más importante de la evaluación del paciente "la observación".

Por estos motivos y muchos más que cada uno tiene el desafío de encontrar en cada caso particular, recomiendo la atención domiciliaria de estos pacientes porque muchas de esas señales se encuentran en el entorno por ejemplo: posición cerca de una ventana determinada, presencia de mascotas, sonidos, olores, textura de una manta en particular, contacto con un familiar que no siempre es quien lo acompañara a la visita.

Debemos tener como objetivo lograr un ambiente reproducible para lograr resultados comparables y modificar los factores de a uno para su correcta evaluación.

No tengan miedo de anotar esos detalles en la historia clínica por insignificantes que parezcan y les aseguro que vivirán una experiencia gratificante.

Home Care, also for dentistry services?

Dentist care for patients with cerebral palsy must be understood as a "dialogue without words", in which we immerse in patient's world and depends on our sensibility to be capable to perceive those small signals which are the door that allow us to practice our service, having in mind that each patient will be a new world that we must explore.

We must understand that there will be some days in which we will not be able to make any practice and we do not have to feel frustrated or powerless. It is important to recognize that this is not the best day and comeback later.

To achieve this symbiosis we can also anticipate their unintentional movements. Based on my more than four year own hospital experience made with bedridden patients, I can affirm that a simple act of to ask to the caregiver or relative to make a normal dental cleaning, we can observe:

- **How he approach to the patient**
- **On which side does he make the approaching (from the front, back, right or left)**
- **The way the patient open his mouth, in the case he is able to do it**
- **To measure work time**
- **To determine suction reflex (how he solve it)**
- **To modify the environment (if he talk softly, give a teddy bear, etc**

All information which will make easier our work will come from the observation of the patient. For this reason and a lot of other ones that everyone has the challenge to find, I recommend the home-

Autor: Od. Machado Hernán

Odontólogo Egresado de la Universidad Nacional de La Plata, Postgrado en Salud Publica Universidad Nacional del Comahue, Odontólogo del Hospital de Área de Andacollo.

Author: Od. Machado Hernán

Dentist graduated at "Universidad Nacional de La Plata", with a Post-grade in "Public Health at Universidad Nacional del Comahue", currently Dentist of "Hospital de Área de Andacollo, Neuquen Province, Argentina".

dental attention for these patients because most of these signals are found in patient's environment, for example: proximity to a window, pets, sounds, smells, the texture of a particular blanket, contact with a relative who is not necessary the same one who usually come to the visit, etc.

We must have as a target to get a similar environment in order to get similar results and modify the facts of each one for a correct evaluation.

Not be afraid of taking note of these details even though they look like insignificant, and I assure you will live a rewarding experience

“El envejecimiento y el cáncer. Nuevas perspectivas”

(“Aging and cancer. New perspectives”)

Autor: Zavala Walther

Prof. Titular. Cátedra Histología y Embriología.

UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Email: wzavala@fodonto.uncu.edu.ar

RESUMEN

Este artículo forma parte de una serie de actualizaciones sobre cáncer tanto desde el punto de las investigaciones básicas recientes como de aquellas con trascendencia clínica.

En este trabajo en particular, hacemos un análisis de los factores que relacionan el envejecimiento y el cáncer, así como algunas de sus implicancias en las nuevas formas de tratamiento.

ABSTRACT

This item is part of a series of updates on cancer both from the point of recent basic research as those with clinical significance. In this particular work, we analyze the factors related to aging and cancer, and some of its implications for new forms of treatment.

INTRODUCCION

De pronto nos enteramos en las noticias del mediodía, que un anciano de cien años finalizó la maratón de la ciudad casi en mejor estado que un joven oficinista de treinta que se anotaba por primera vez. En el mismo momento, en una plaza ubicada en el otro extremo de la ciudad, un joven de baja estatura y con los rasgos faciales de un niño, pero con la piel cubierta de arrugas, disfrutaba de darles comida a las palomas, a las que dice parecerse por el aspecto de su cara de pájaro. Se mantiene apoyado en bastón que le permite apenas conservar una precaria estabilidad. Es un pequeño anciano de setenta en el cuerpo de un niño de quince. Sabe que padece de una rara enfermedad conocida como síndrome de Werner.

DESARROLLO

Pero, ¿qué es el síndrome de Werner?

El síndrome de Werner es una muy extraña patología genética autosómica recesiva que se caracteriza por un envejecimiento acelerado que se manifiesta a partir de la pubertad. Este desorden genético fue llamado así en honor al científico alemán Otto Werner, quien lo descubrió al observar a cuatro hermanos que envejecían prematuramente. Tiene una incidencia de menos de 1 de cada 100,000 habitantes en el mundo, y han habido 1,300 casos reportados. (1).

Esta es una foto clásica de los años 60 que muestra una paciente con síndrome Werner cuando era un adolescente, y 30 años más tarde como una mujer muy envejecida. Se observa también una representación genealógica donde está señalada la paciente. Ella y su hermana, también afectada por el síndrome, se observaron en la Universidad de Washington en Seattle a principio de 1960. (2).



Las características clínicas relevantes de este síndrome incluyen pérdida de cabello, cataratas bilaterales, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, diversos tipos de aterosclerosis e hipogonadismo. En la piel se presentan ulceraciones en zonas de roce, especialmente en maleolos y pérdida de la grasa subcutánea y, por supuesto, una facie muy particular (cara de pájaro) producto de la combinación de envejecimiento prematuro con el aspecto infantil.

¿Qué tiene de particular este síndrome que lo hace tan interesante en su estudio?

Los individuos con síndrome de Werner presentan un elevado riesgo de padecer cáncer, especialmente sarcomas y la edad promedio de fallecimiento de los afectados es entre los 46 a 48 años. (3) En esta enfermedad se afecta el gen WRN que es necesario para proteger el ADN dañado, de tal manera que su falta de activación lleva a que el ADN dañado no pueda ser reparado y como resultado final terminará en el desarrollo de un cáncer y en un proceso de envejecimiento acelerado.

¿Puede esto ser revertido?

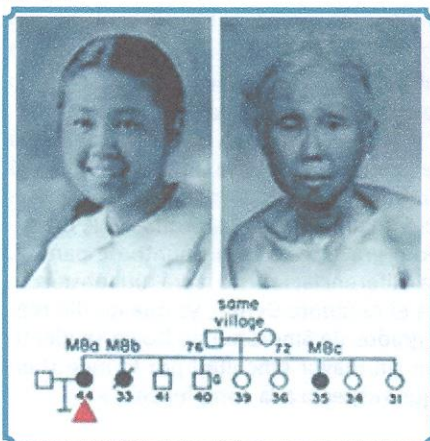
Para que se produzca una neoplasia, aparte de la herencia genética, es necesario que estos genes se encuentren activados o silenciados. Con frecuencia en muchos tumores, genes supresores encargados de controlar la proliferación celular están silenciados debido a mecanismos epigenéticos, tal sería el caso del síndrome Werner (4). Recientes hallazgos realizados por Agrelo et al; (2006) describen que al reactivar la función del gen WRN, se inactiva la progresión de las células tumorales (5). Es decir que los cambios epigenéticos son reversibles y actualmente son considerados blancos para la acción de nuevas drogas para el tratamiento del cáncer. Este procedimiento es conocido como “Terapia epigenética”. (6)

Pero en el desarrollo de tumores un tercer factor, el ambiental, entra en juego como elemento fundamental a la hora de hablar de etiologías prevenibles especialmente el alcohol, el tabaco y la alimentación.

Si bien hablamos del síndrome de Werner como un ejemplo donde el envejecimiento es acelerado, lo normal es que el envejecimiento sea un proceso relativamente lento pero progresivo que se inicia desde que nacemos y en el cual los tres factores considerados tienen tiempo para actuar y desarrollar patologías degenerativas o de hiperproliferación.

Hiperproliferación versus degeneración

Para la mayoría de las especies, el envejecimiento promueve una serie de patologías degenerativas que se caracterizan por debilitamiento tisular o la pérdida de función celular. Sin embargo, especialmente entre los vertebrados, el envejecimiento también promueve patologías hiperplásicas, el más mortal de los cuales es el cáncer. En contraste con la pérdida de la función que caracteriza a las células y tejidos en degeneración, las células malignas (cancerosas) deben adquirir nuevas (aunque aberrante) funciones que les permitan desarrollar un tumor letal. Campisi J en una revisión realizada en 2013, >



discute la idea de que a pesar de las características aparentemente opuestas, las patologías degenerativas e hiperplásicas del envejecimiento son al menos en parte ligadas por un fenómeno biológico común: una respuesta de estrés celular conocido como senescencia celular. (7)

CONCLUSIONES

El envejecimiento es el factor de riesgo individual más importante para el desarrollo de cáncer. Además, aumenta el riesgo de sufrir otras enfermedades y lesiones que pueden afectar el bienestar, la independencia y la autoestima de una persona.

Durante el envejecimiento se alteran los mecanismos de defensa inmunológico tanto en el sistema de reconocimiento como en aquel encargado de la respuesta. Probablemente no es aventurado hablar de una pérdida de memoria del sistema inmune, por supuesto que cada día vemos excepciones. El proceso de envejecimiento es complejo, y cada persona envejece a un ritmo diferente. Esto significa que su edad real puede no reflejar su edad fisiológica, la cual puede estimarse de acuerdo a cuán bien funciona su organismo tanto a nivel físico como a nivel mental. La prolon-

gación de la edad y de la salud están ligadas a la interacción de un adecuado banco genético (buenos genes), a un correcto funcionamiento del tablero de control epigenético (es decir se deben prender y apagar los genes correctos), y a un soporte ambiental alimentario y de exposición a contaminantes que no afectaren el equilibrio vital del organismo.

La prolongación de la expectativa de vida acarrea consigo la aparición cada vez frecuente de enfermedades ligadas al envejecimiento, entre ellas el temido cáncer. Sin duda la repercusión que esto acarrea en la vida de las personas, y en la que ninguno de nosotros estará exento de sobrellevar en mayor o menor medida, son los motores que deberán impulsar la búsqueda de soluciones que mejoren la calidad de vida de nuestros ancianos.

BIBLIOGRAFIA

1. Coppède F. (2013). The epidemiology of premature aging and associated comorbidities. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1023-32..
2. Epstein CJ, Martin GM, Schultz AL, Motulsky AG. (1966). Werner's syndrome a review of its symptomatology, natural history, pathologic

features, genetics and relationship to the natural aging process. *Medicine*

(Baltimore). 1966 May;45(3):177-221.

3. Fry M. (2002). The Werner Syndrome Helicase-Nuclease--One Protein, Many Mysteries. *Sci. Aging Knowl. Environ.*, April 3 Vol. 2002, Issue 13, p. re2. 2002

4. Feil R, Fraga MF. (2012). Epigenetics and the environment: emerging patterns and implications. *NatRevGenet*. 2012; 13(2): 97-109.

5. Agrelo R, et al; (2006). Epigenetic inactivation of the premature aging Werner syndrome gene in human cancer. *Proc Natl Acad Sci U S A*. Jun 6;103(23):8822-7.

6. Aragón R, Villegas P. (2007). Terapia epigenética en el cáncer. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://publicaciones.administracion.es>

7. Campisi J. (2013) Aging, Cellular Senescence, and Cancer. *Annual Review of Physiology*. Vol. 75: 685-705

ROL DEL ASISTENTE DENTAL EN LA ATENCION DE PACIENTES CON SINDROME DE DOWN

INTRODUCCION

El/a Asistente Dental, es la persona encargada de asistir o ayudar al odontólogo en todos los procedimientos que involucran la atención clínica a pacientes. Se puede decir que el asistente es la mano derecha del odontólogo.

La relación y trato a los pacientes debe ser eficiente, respetuosa, amable y discreta, en condiciones generales. En ese sentido en el caso de tratarse de pacientes con Síndrome de Down, como en toda atención a un paciente discapacitado lo primero es conocer acabadamente la discapacidad de base. Por tal motivo algunos conceptos y precauciones básicos para lograr una adecuada atención odontológica serán de gran utilidad, consiguiendo una buena participación y colaboración del Paciente como así también evitando se aumenten riesgos que pueden ser importantes, si se descuidan algunos parámetros principales.

Las tareas que desarrolla un Asistente Dental son variadas y están determinadas según las necesidades del Odontólogo, y siempre supervisadas por el profesional.

En general los niños son muy sensibles a lo desconocido, temores y emociones ocultas. Cuando se trata de un

niño con síndrome de Down, el manejo del mismo, requiere aparte de lo anterior; sentido común, amor hacia los niños y fundamentalmente conocimiento, y si es posible, experiencia en la temática, ya que de esa manera se genera confianza en los padres o acompañantes.



Es importante para Asistentes Dentales y o cualquier personal auxiliar conocer que el Síndrome de Down es una combinación de defectos de nacimiento que incluye cierto grado de retraso mental y rasgos faciales característicos. El Síndrome de Down (Trisomía del par 21), es uno de los defectos de nacimiento genéticos más comunes. Afecta a todas las razas y niveles económicos por igual.

La Frecuencia: 1/800 a 1/1.000.

Otro parámetro básico que debe

Dr. Walter Lopresti:

Profesor Adjunto Efectivo de la Asignatura Clínica del Paciente Discapacitado. Carrera de Odontología. 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 Especiales -Modulo Discapacidad. Carrera de asistente Dental. U.N. Cuyo.

manejar un Asistente Dental cuando abordamos a un Paciente con Síndrome de Down, es conocer o diferenciar a qué tipo de Síndrome de Down nos enfrentamos, ya que tanto odontológicamente como también en lo general, hay marcadas diferencias entre los diferentes tipos, lo cual conlleva a distintas estrategias o alternativas de abordaje.

Todo Auxiliar de un Odontólogo que atiende síndrome de Down, deberá identificar casi en forma inmediata si el paciente presenta un síndrome leve, moderado o grave, esto como punto de partida. Esta diferenciación no será un obstáculo para el Asistente Dental, ya que los diferentes grados de Síndrome de Down se identifican sin mayor dificultad por lo menos en lo que respecta a la complejidad. >

<Será importante conocer que el Síndrome de Down se puede clasificar en: Síndrome de Down Regular: Presencia de 3 cromosomas en lugar del más habitual par 21 (47 cromosomas), Esto se conoce como trisomía 21.

Síndrome de Down Mosaico: La trisomía surgió en el embrión en desarrollo.

Alguna célula de éste surge con trisomía y luego la transmite al multiplicarse ella misma.

El resultado es un organismo donde células trisómicas conviven con otras que no lo son.

Síndrome de Down por Traslocación: En este caso no hay triplicidad del cromosoma 21 sino sólo de uno de sus segmentos. Existe una pareja normal de cromosomas 21 pero 'pegado' a otro cromosoma aparece otro fragmento de 21.

El/a Asistente dental deberá reconocer también las siguientes rasgos característicos generales:

- Ojos sesgados hacia arriba
- Oídos pequeños y un poco doblados
- Boca puede ser pequeña
- Retraso mental
- Deficiencias inmunológicas
- Lengua grande (aparentemente)
- Nariz puede ser pequeña
- Puente nasal plano
- Cuello corto
- Manos pequeñas con dedos cortos
- Baja estatura
- Hipotonía muscular
- Flojedad extraña (laxitud) de las articulaciones

El conocimiento anticipado de las características antes mencionadas permitirá un manejo muy adecuado por parte del Auxiliar desde la sala de espera, ya sea en la motivación como en la preparación para el posterior tratamiento, facilitando notablemente el abordaje y las maniobras al Odontólogo.

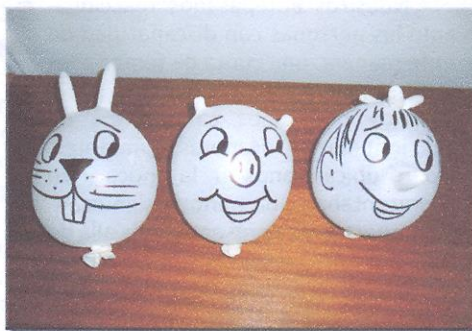
Es común que el abordaje de estos Pacientes quede supeditado a definir el grado de retraso mental que el Paciente presenta como uno de los primeros parámetros a tener en cuenta, para ello será de suma importancia que el auxiliar tenga claro si el paciente que tiene enfrente es de una complejidad leve, moderada, o grave, como habíamos mencionado antes.

Comúnmente como estos Pacientes presentan un deterioro odontológico importante, principalmente a nivel periodontal, esto en virtud a su disminución inmunológica, su bajo tono muscular y su retraso mental, (mala higiene bucal), se vuelve realmente importante la función del Personal Auxiliar tanto en las indicaciones previas de educación como de higiene oral.



En virtud a que en estos Pacientes se priorizan los problemas sistémicos a los bucales, quedando siempre estos para el final y generando graves problemas bucales, es importante plantear un tratamiento adecuado a las características propias del paciente tanto en relación a su retraso mental como también a sus características generales (actividades cotidianas).

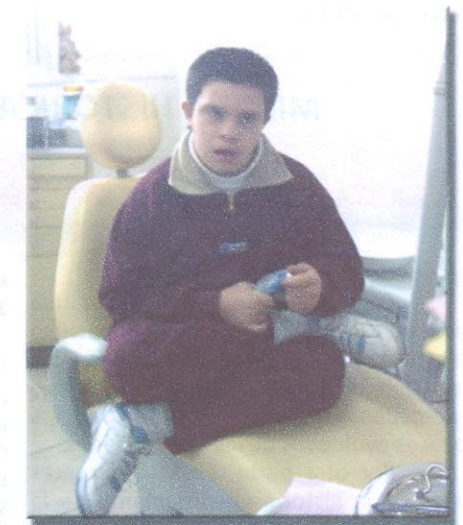
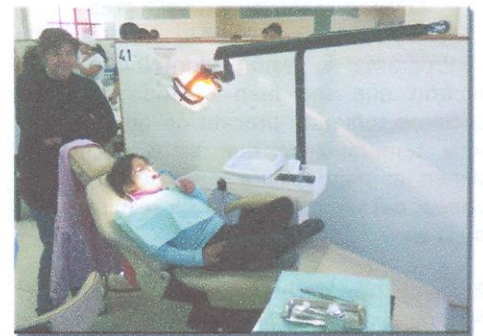
En cuanto al abordaje estará orientado principalmente a lograr una adecuada motivación en base al grado de retraso mental y en base al tipo de Síndrome de Down a que nos enfrentemos teniendo en cuenta el entorno familiar y las aptitudes del Paciente como son la autonomía del mismo y la posibilidad de conseguir instalar alguna técnica de higiene.



Si el Paciente presenta bajo retraso mental o intelectual la motivación se efectuara mediante: generar vínculos afectivos, juegos, guantes inflados con formas de animales, etc., para lo cual nuestro auxiliar deberá estar adiestrado al respecto.

Alguna descripción del futuro o posible tratamiento a realizar, puede tranquilizar y disminuir temores previos.

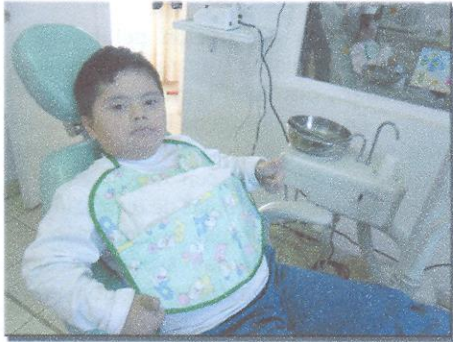
En el Síndrome de Down es importante no invadir o incomodar al paciente tratando de ayudarlo con movimientos o posiciones que son propias de dicho Síndrome, como por ejemplo la "posición de Buda" (con las piernas cruzadas como indios), y que muchas veces adoptan en el sillón dental.



Es importante una preparación previa del auxiliar para que asista al odontólogo, previo a una detallada evaluación, sobre uso o no de contención cuando el paciente presenta un

retraso mental importante, la que podrá ser mecánica, química, afectiva, manual o auto contención, siempre con el debido consentimiento informado, y cuidando de no generar riesgos de tipo quinesiológico, ni psicológicos.>

<La contención no solo obedece a restricción física, también es importante la contención o control de la salivación a través de trabajar con succión de alta potencia o con baberos preparados para tal fin y siempre trabajando a cuatro manos.



CONSIDERACIONES GENERALES DEL AUXILIAR

1- Programar la sesión odontológica a un horario que sea bien cómodo para el paciente teniendo precaución que no sea muy temprano ya que estos pacientes tienen un mal dormir a causa de presentar apneas del sueño debido a ser respiradores bucales.

2- Confección de una correcta y completa historia clínica con antecedentes médicos, lo más detallada posible, para que el odontólogo cuente de antemano con un panorama acabado de los posibles riesgos que se puedan presentar.

3- Manejar el control de ansiedad tanto de pacientes como de acompañantes, evaluando la existencia de trastornos de personalidad- ansiedad previos, con una actitud tolerante y paciencia extrema.

4- Consentimiento escrito de pacientes o familiares, especialmente en pacientes en situaciones críticas o con especial riesgo.

5- Actitud de respeto con Pacientes y Acompañantes como también vocación docente y de orientación.

Bibliografía

http://www.iqb.es/patologia/e05_008.htm
http://www.neurorehabilitacion.com/paralisis_cerebral_infantil1.htm
http://www.centro-ide.com/paralisis_cerebral/paralisis_cerebral_clasificacion.asp
<http://www.infodoctor.org/www/meshd.htm?idos=24175>
<http://www.epilepsiasen.net/node/69>
 Buxton R, Hunter J. University of Nebraska Medical Center, College of Dentistry. Department of Dental Hygiene. USA. Understanding Down's síndrome: a review. J Dent Hyg 1999 Spring; 73(2):99-101.
 Surabian SR. "Development disabilities and understanding the needs of patients with mental retardation and Down syndrome". J Calif Dent Assoc 2001 Jun;29 (6) 415-23

Goldstein H. "Utilisation of health services over a one-year period by an adult population with Down syndrome. Dan Med Bull 1988 Feb;35 (1):100-4
 Desai SS. "Down Syndrome: a review of the literature" Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997 Sep;84 (3) 279-85
 Randell DM, Harth S, Seow WK. "Preventive dental health practices of noninstitutionalized Down syndrome children: a controlled study". J Clin Pediatr Dent 1992 Spring;16(3):225-9
 Bianchi AM, Cuevas A, Jaramillo RJ. "Dental survey of Down syndrome patients. Reflections and synthesis". Rev Asoc Odontol Argent 1991 Sep;79(3):146-52
 Ulseth JO, Hestner A, Stovner LJ, Storhaug K. "Dental caries and periodontitis in persons with Down syndrome" Spec Care Dentist 1991Mar-April;11(2):71-3
 and interproximal bone loss in adults with intellectual disability". Eur J Oral Sci 2001

MIRADA HISTORICA de la DISCAPACIDAD

Introducción

Este trabajo intenta mostrar una visión paulatina de cómo la discapacidad fue tratada y fue vista por la sociedad a los largo de la historia, como así también qué lugar ocupaban los discapacitados en los procesos evolutivos de las comunidades.

Por otra parte, en las diferentes etapas de la historia el tratamiento de la persona con discapacidad fue variando, desde la muerte hasta dejarlos con vida pero aislados, desde el rechazo manifiesto a la aceptación con condiciones.

El lugar social que se le dio a la discapacidad en cada proceso histórico muestra una evolución lenta por momentos y con progresos importantes en otras épocas. La mirada fue cambiando, apareciendo la caridad, la lástima y también la toma de conciencia que implica entender que: LO NORMAL ES SER DIFERENTE.

Desde la antigüedad los discapacitados fueron indistintamente despreciados, adorados, compadecidos, aniquilados o temidos según las ideologías imperantes en

el grupo social de pertenencia (Ferraro, P, 2001).

Las personas siempre actuamos de forma negativa hacia lo desconocido, y la persona con discapacidades desconocidas para el resto de la humanidad en tanto y en cuanto no se conozca su pasado, su presente, sus posibilidades de interactuar en la sociedad y el rol que podrían ocupar en ella han provocado y provocan respuestas disímiles.

Nuestros antepasados reaccionaban ante las personas con discapacidad de diferente manera, una cuota de temor a los "distinto" promovía reacciones.

Hoy podríamos catalogarlos de salvajes, inhumanos, déspotas, ignorantes, etc., pero ubicándonos en la época y en que representaban una minoría significativa, las respuestas a su presencia más allá de avalarlas debemos comprenderlas, y entender que HOY todavía aparecer situaciones a pesar de los siglos transcurridos y los avances de la ciencia, muy parecidas a las de otrora.

Autor: PhD Patricia DINASSO

Profesora Titular Efectiva cátedra Clínica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Doctorado Atlantic International University (EEUU, 2009), Master en Atención Temprana (España, 2008), Magister en Gestión de Organizaciones Públicas (Especialidad: Educación). Investigadora categoría 3, Especialista en Odontología Preventiva y Social. Especialista en Docencia Universitaria. Directora del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado.
 E mail: patdin@fodonto.uncu.edu.ar

Historias del maltrato que se les brinda o se les ha brindado a las personas con discapacidad a través de los tiempos fue una realidad que hoy en algunos lugares del mundo se mantiene.

Se ha recorrido un largo camino, y todavía uno muy largo queda por recorrer. Pero aparentemente la apertura mental de aceptar al otro como es, representa una vivencia que cada vez se torna más habitual.>

<La HISTORIA nos enseña, la HISTORIA nos demuestra, la HISTORIA la vivieron otros para que nosotros no nos volvámos a equivocar y mejoremos el camino que nos toca recorrer en el futuro.

Desarrollo

Evolución histórica de la discapacidad

Pre-Historia:

El hombre primitivo, obligado a vencer peligros para proseguir su existencia, apartaba todo aquello que no le representaba una ayuda o constituía una carga.

Sin embargo, algunos hechos hacen pensar que, al menos, se intentaba alguna acción curativa, como lo demuestra el hallazgo de fracturas óseas consolidadas (Homo Neanderthalensis) de modo tan perfecto a como hoy se lograría.



Algo después, en la Era Neolítica, existen pruebas de que se realizaban amputaciones (Francia), si bien representaban algún rito o ceremonia religiosas. Una intervención, interesante por su antigüedad, es la trepanación sin el empleo de anestésicos.



Cráneo antiguo después de haber sufrido un proceso de trepanación

En vasijas de épocas más modernas de la Prehistoria se han encontrado grabadas figuras de cífticos, enanos, amputados, etc., lo que demuestra que al menos el discapacitado existía, puesto que era conocido (Hernández Gómez, R., 2001)

En la prehistoria, a medida que las distintas tribus y agrupaciones humanas se movilizaban buscando mejores cotos de caza o después mejores tierras para realizar sus cultivos, decidían abandonar a su suerte a las personas discapacitadas, para no entorpecer los desplazamientos del resto de la tribu.

La prehistoria, como su nombre lo indica es antes de la historia o sea antes de la aparición de la escritura y la conforman la Edad de Piedra y la Edad de los Metales

La forma de pasar las tradiciones hechas y sucesos era de forma oral entre una generación y otra.



OMS Sacerdote egipcio con polio

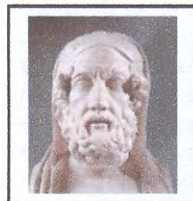
La única forma para afirmar que siempre han existido las personas discapacitadas, fue el estudio de los huesos humanos y descubrimientos hechos en el antiguo Egipto de instrumentos que pertenecen a personas discapacitadas (Hernández, E.)

De todas formas, se han encontrado imágenes como la siguiente:

Las Culturas Primitivas de la humanidad están unidas por un mismo denominador en relación con el discapacitado: **proscripción y desprecio.**

Ello deriva de la creencia que la fuerza física constituía el máximo don para el hombre como de la idea generalizada de que las deformidades y deficiencias físicas y las alteraciones mentales eran una muestra del castigo divino por pecados cometidos por los interesados o sus ascendientes o bien signo externo de la malignidad del sujeto.

Es curioso que esto ocurriera tanto en los países orientales y asiáticos como en las alejadas tribus americanas.



Los Indios Salvias de Sudamérica daban muerte a sus miembros con alteraciones físicas, tanto congénitas como adquiridas, lo mismo que en la India eran lanzados al sagrado río Ganges (Hernández Gómez, R., 2001).

En la figura de Homero confluyen realidad y leyenda. La tradición sostenía que Homero era ciego.

Mitología griega

HEFAISTOS: El dios de la muleta de oro Hefesto era bastante feo, lisiado y cojo. Incluso se dice que, al nacer, Hera lo vio tan feo que lo tiró del Olimpo. Tanto es así, que caminaba con la ayuda de un palo. En el arte, se le representa cojo, sudoroso, con la barba desaliñada y el pecho descubierto, inclinado sobre su yunque, a menudo trabajando en su fragua.

Historia:

Comienza con la aparición de la escritura en el 1476 D.C con la caída del Imperio Romano de Occidente y en este apartado se aportarán datos acerca de las Edades que la conforman: Antigua, Media,

Moderna y Contemporánea.

A modo de inicio, dos ejemplos son importantes mencionar durante la época de florecimiento de las primeras civilizaciones: los espartanos de la antigua Grecia, arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas con discapacidad, pues no querían que "en su bella y floreciente civilización" existieran personas diferentes y en Grecia del siglo IV A.C. el eminente filósofo Aristóteles trató de interpretar algunas desviaciones. Existen registros de estudios de las diferencias físicas y mentales realizados por Diógenes, Hipócrates y Galeno quienes estudiaron la epilepsia, la demencia, entre otras formas atípicas.

En las antiguas culturas primitivas se abandonaba y dejaba morir a los niños deformes o discapacitados. En algunas sociedades de la Antigüedad, el destino de las personas con discapacidad era la muerte. Era normal el infanticidio cuando se observaban anormalidades en los niños y niñas. Si eran adultos se los apartaba de la comunidad: se los consideraba incapaces de sobrevivir una existencia acorde con las exigencias sociales establecidas (Ferraro, P., 2001)

Existen datos recogidos en el antiguo testamento en el S. XII a. C.; en el S. V. a. C. Platón, filósofo griego, escribe que las personas sordas se comunican mediante gestos.

Se caracterizó la época por la fuerza física, por lo tanto una persona con limitación física era considerada poseída o inservible.

Grecia: En su culto a la belleza y a la perfección física a los discapacitados los expulsaban de las ciudades o los exterminaban.

En Atenas, comienzan a crearse lugares saludables, por su clima o sus aguas, para la estancia de enfermos o convalecientes (Hernández Gómez, R., 2001).

Esparta: Por su carácter ofensivo, no permitía miembros no válidos. Los lanzaban desde un monte.

Las leyes de Licurgo, que pretendían una mejora racial a ultranza, así como la pertenencia total del individuo al Estado, obligaban a que todo aquel que al nacer presentase una deformidad física fuese eliminado. Para ello, como es bien conocido, se recurría al despeñamiento por el monte Taigeto (Hernández Gómez, R., 2001). Esto cambió tras la reforma de Pericles (499-429) D.C se comienzan a atender en Centros Asistenciales.

Asia: Los abandonaban en el desierto y los bosques (Hernández, E.).

India: Los abandonaban en la selva y los echaban en un lugar llamado Sagrado Ganges

Egipto: Los abandonaban.>



Si bien también los mataban, es posible que esto sucediera de modo exclusivo con las personas reales existen pruebas de que se aceptaba y se trataba de mejorar al individuo discapacitado.

La representación más habitual del dios Horus era en forma de un niño débil y poco desarrollado situado sobre las rodillas de Isis, su madre. También se conserva una fractura de extremidad inferior, con una ingeniosa férula inmovilizadora, hallada en una momia de la V dinastía (unos dos mil quinientos años a. A. C.), lo que indica el buen desarrollo de la Medicina egipcia (Hernández Gómez, R., 2001).

Hebreos: Los antiguos Hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado. Dieron un tratamiento diferente a las personas con limitaciones, podían participar en los asuntos religiosos, el Judaísmo precursor del cristianismo al elevar la dignidad de la persona humana, hizo que se convirtiera en deber la atención a las personas con discapacidad. Constantino creó instituciones: los Nosocomios una especie de hospital donde se brindaba, techo, comida y ayuda espiritual.

Los hebreos parece que trataban bien a sus discapacitados, considerándolos como verdaderos hombres y, por tanto, hechos a imagen y semejanza de Dios (Hernández Gómez, R., 2001).

Fue con el advenimiento del cristianismo que se inició un verdadero movimiento de asistencia y consideración hacia los minusválidos, los marginados, los desprotegidos (Ferraro, P., 2001)

Los Indios Masai asesinaban a sus niños discapacitados.

Los Chagga de África Oriental utilizaban a sus discapacitados para ahuyentar al demonio, los Jukun de Sudan consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran.

Los Semang de Malasia empleaban a sus lisiados como hombres sabios. De los mayas sabemos que poseían una gran bondad de costumbres. Respetaban y querían a los ancianos y les eran especialmente gratos los enanos y los seres deformes.

Para los Nórdicos los discapacitados eran verdaderos Dioses.

Los romanos, especialmente a partir de la Ley de las Doce Tablas (540 A. C.), conceden al padre todos los derechos sobre sus hijos, muerte incluida. En la Roma Imperial, asimismo, la Roca Tarpeia cumplía

igual propósito con los niños y los inválidos congénitos y ancianos ya que por ella se los empujaba al vacío igual que en Esparta.

Pero la muerte del niño deforme no era lo habitual, sino que se le abandonaba en las calles, o bien se le dejaba navegar por el Tíber, introducido en un cesto, para pasar a las manos de quien le utilizase, bien como esclavo, bien como mendigo profesional. Es en Roma donde se inicia el ejercicio de la mendicidad como oficio y donde nace la costumbre, tan extendida después, de aumentar las deformidades deliberadamente con el fin de que al ser mayor la compasión fuesen también mayores las limosnas. Esto originó todo un comercio de niños deformes o deformados a voluntad con distintos tipos de mutilaciones que se va a mantener prácticamente hasta nuestros días.

Además se comienza a dar por primera vez el sistema de retribución a los discapacitados, si bien exclusivamente por causa bélica, a través de la entrega de tierras de labrantío, cuyo cultivo les permitiese proveer a su subsistencia. Este sistema es el que dio origen indirectamente a los agrupamientos llamados "collegia", antecedente directo de las agrupaciones gremiales de la Edad Media (Hernández Gómez, R., 2001).

Hecho importante en esta etapa lo constituye la aparición del Cristianismo, que, en principio, consigue la integración fraternal de todos los hombres en una sola comunidad. Esto da origen a la creación de instituciones para la atención del discapacitado, que culminan con los "nosocomios" del emperador Constantino. Puede decirse que esta época constituye un oasis de bienestar en la odisea del discapacitado.

Edad Media

Fue una de las pocas etapas en la historia de la humanidad más descorazonadoras y tristes donde lo social sufre un gran retroceso.

Los enfermos y deformes eran apartados y marginados (Ferraro, P., 2001). En la Edad media, los que eran considerados anormales, eran olvidados, rechazados e incluso temidos. Así es como se construye un concepto de la anormalidad y del defecto, que conduce al rechazo social, al temor y hasta a la persecución de estas personas, por parte de los poderes civiles y religiosos; se les confundía con locos, herejes, embrujados, delincuentes, vagos o seres prostituidos.

En Francia, se construyeron verdaderas fortalezas y ciudades amuralladas en donde se guardaban y escondían a centenares de personas con algún tipo de discapacidad.

En el siglo XIV, los nacidos con alguna deficiencia ya sea física, sensorial o mental, como la sordera, la ceguera, la parálisis, la cuadriplejía, entre otros, eran confinados a grandes encierros, en los que

eran exhibidos los fines de semana a manera de espectáculo circense o de gran zoológico, para que las familias se divirtieran un poco, o bien, manejando la conciencia social, rectificaran los actos cometidos en el pasado, por considerar a estos "monstruos" o "fenómenos" como la más grande señal de un castigo enviado por Dios.

Tras la aparición de la iglesia cristiana, se condena el infanticidio pero se alienta a atribuirles el origen de cualquier suceso sobrenatural y se les denominan endemoniados o endemoniadas, personas poseídas por el demonio y otros espíritus infernales, sometiendo a prácticas exorcistas.

Posteriormente, los "anormales", constituyeron un pretexto también de Dios para despertar la caridad, el fin: la promesa de salvación y vida eterna. Por lo menos, ya no eran considerados "fenómenos", ahora eran llamados "miserables"; su función ya no era la de divertir, ni la de solamente despertar el arrepentimiento, sino que su función sufrió un cambio aparentemente más "digno": el de ser los portadores del objetivo de Dios, liberar a los "normales" del pecado, por la caridad.



Retrato de un enano anónimo por Juan Van de Harmen, pintor de origen flamenco nacido en Madrid en 1596

Esto fue lo que en términos generales la sociedad obligó a crear durante mucho tiempo a las personas con alguna deficiencia: personas minusválidas, sin valor, incapaces de desarrollar una conciencia crítica, un sentimiento; seres por tanto, sin voz ni voto.



Se han hallado, enterramientos de la edad de piedra con cráneos perforados artificialmente, todavía en la edad media viajaban de un lado a otro curanderos de este tipo, practicaban operaciones de este forma para aliviar a los poseídos.

Temperación para sacar el látigo. Cuadro del 1900.

En el siglo XV se funda la primera institución (asilo u orfanato) para atender a enfermos psíquicos y deficientes mentales. La sociedad no tenía responsabilidad con las personas discapacitadas o hubo ningún progreso en esta época a favor de los discapacitados. Eran perseguidos y muertos.>

<El discapacitado encuentra muy poco a su favor, como no sea persecución, superstición y daño, en lo cual intervienen una serie de factores que no es del caso analizar. El significado religioso de las deformidades se exagera y así puede verse que los genios del mal son representados en la figura de seres físicamente deformes. La deformidad es un castigo divino y la enfermedad obra del demonio (Hernández Gómez, R., 2001).

En esta época el número de discapacitados aumentó considerablemente debido a las invasiones, fundamentalmente la árabe, y las Cruzadas, así como a las innumerables epidemias que azotaron Europa.

Es así que se inicia una importante etapa en la historia del discapacitado, como es el asilo y socorro en los centros y comunidades religiosas.

Pero pronto nace la idea de atribuirles actos de hechicería y brujería por pactos hechos con Satanás, creencia que les consigue el odio y el desprecio de los demás.

Se incrementa también de modo fabuloso la explotación de la mendicidad como negocio y, por tanto, la mutilación de niños nacidos incluso sin ninguna alteración. De bien poco sirven a este respecto los esfuerzos de legisladores bien intencionados, que entre nosotros se remontan a Alfonso X el Sabio, continuando a través de Pedro II y Enrique II, quienes especificaron que los mendigos "robustos y voluntarios" fuesen expulsados y no recibiesen limosna.

En las tribus americanas como en las del Pacífico, el abandono de los miembros no capaces para valerse por sí mismos cuando las circunstancias obligaban a una emigración masiva. Hasta hace bien poco ha prevalecido esta costumbre entre las tribus esquimales.

Una excepción, en el mundo entero, la constituyó la tribu de indios Pies Negros, de Norteamérica, que cuidaba de sus miembros impedidos aunque ello representase un sacrificio para los intereses comunes.



Culturas preincaica e incaica era común la amputación de miembros con limitaciones como así también la evidencia del esfuerzo por resolver enfermedades o deficiencias físicas

Edad Moderna:

Comienza en el 1453 y termina en el 1789 con la Revolución Francesa. Durante él, se produce la ruptura con la tradición

y el oscurantismo de la Edad Media.

Por toda Europa se van extendiendo dos aspectos médicos fundamentales para su beneficio, como son la Cirugía ortopédica, impulsada sobre todo por el francés Ambrosio Paré, y la confección de prótesis y aparatos ortopédicos, muy desarrollada en Alemania.

En los tiempos modernos aparecen nombres precursores en el campo de la rehabilitación. Itard sienta las bases de una pedagogía médica. Posteriormente, Seguin y Esquirol inician científicamente el estudio de la discapacidad mental (Ferraro, P., 2001)

Con respecto a las personas discapacitadas comenzó tímidamente un cambio de actitud, este cambio se reflejó cuando la sociedad comienza a reconocer que tiene responsabilidad ante esta población.

Inglaterra: En Inglaterra, en los siglos XVI y XVII se dictan "leyes de pobres", que representan al menos una ayuda para los discapacitados.

España: La Reina Isabel la Católica crea el primer hospital donde se le facilita a los soldados prótesis y aparatos terapéuticos y se le reconocía el pago de un salario.



Velásquez pintó enanos de rostros agradables (1656)



El lisiado de José de Ribera 1642, El muchacho con el pie deformado

La Burguesía Capitalista saca de las calles a los discapacitados y crea instituciones para atender niños, ciegos, sordos y con retraso mental.

Durante los siglos XVII y XVIII, a quien tenía una discapacidad psíquica se le consideraba persona trastornada, que debía ser internada en orfanatos, manicomios, sin recibir ningún tipo de atención específica.

Se les denominaba imbéciles, dementes, débiles mentales, diferentes, locos o locas.

En el s. XVII la investigación sobre la educación de las personas sordas empieza a desarrollarse en Europa siendo pioneros Gran Bretaña, Holanda, Alemania e Italia. En Francia comienza en el S. XVIII, la enseñanza para estas personas tiene una fuerte base y apoyo en la lengua de signos consiguiéndose unos niveles educativos muy considerables y a unas personas capaces de realizar múltiples tareas entre ellas la educación de sus semejantes.

En el siglo XVIII, en que aparecen los Montepíos Laborales, que dan paso finalmente a las modernas asociaciones obreras sindicales. Los discapacitados aportan su ayuda en forma de enseñanza e instrucción profesional de niños y adoles-

centes (Hernández Gómez, R., 2001).

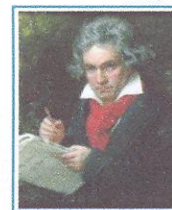
Bajo el **Absolutismo**, los asilos pasan a manos del Estado, surgen hospitales reales y se van creando las condiciones, para que con la llegada de la **Ilustración**, se le asigne un nuevo puesto a los pobres y a los "inútiles" (como también han sido llamadas las personas con discapacidad): son convertidos en sujetos de asistencia. "En contraposición —como señala Puig de Bellacasa— a aquellos ciudadanos de pleno derecho, que van logrando ser sujetos de derecho, primero y trabajadores útiles con la Revolución Industrial."

Siglo XVIII Grandes Personalidades como: Voltaire, Roseau, Lacker etc. Influyen para un cambio de actitud hacia los discapacitados por llevar a los hombres de su época a examinar la vida y el mundo como base de la experiencia humana.

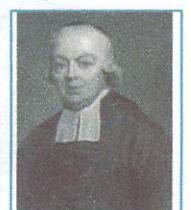
La Revolución Industrial permitió que las personas discapacitadas fueran vistas como responsabilidad pública, ya las personas con discapacidad no se veían diferentes (Hernández Gómez, R., 2001)



Leonhard Euler Matemático (1707-1783) perdió la vista de un ojo durante un experimento y luego quedó completamente ciego



Ludwig van Beethoven Quien representa un genio de todos los tiempos, pues a pesar de que empezó a perder su audición muy joven y posteriormente quedó completamente sordo



Carlos Miguel de l'Épée (1712 - 1789) y el arte de enseñar a hablar a los sordomudos de nacimiento

Siglo XIX: Se inicia con el estudio de las causas de la discapacidad, sin embargo, permanece el pensamiento que los niños que nacían discapacitados era por causa de los pecados familiares, los aislaban.

Esquirol: Medico francés habló de la diferencia mental, como una situación caracterizada por el desarrollo defectuoso de las facultades intelectuales.

La sociedad adquiere mas claramente conciencia sobre el problema social que representan las personas discapacitadas.

Descubrimientos: Surge el primer alfabeto manual para sordos.

1822: En Munich se crea el Instituto Técnico Industrial que es la primera institución de la que se tiene referencia; tuvo como criterio el desenvolvimiento económico de las personas discapacitadas.>

<En Montpellier (Francia) se crea un hospital con terrenos y jardines con ambiente adecuado para el cuidado de los pacientes

1844: El Canciller Alemán Busmarch hizo crear la primera ley de los accidentados de la industria, la cual sirvió de marco a leyes posteriores aprobadas en otros países (Hernández, E.).

Pero aun existía una actitud negativa hacia las personas con discapacidad intelectual, señalando que constituían una amenaza y un peligro para la familia y la sociedad.

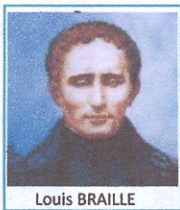
En 1881, en Leipzig, aparece la primera escuela pública destinada a la enseñanza de deficientes mentales (Ferraro, P., 2001).

En el siglo XVIII se acepta ya universalmente que el discapacitado necesita ayuda, es decir, trabajo e instrucción profesional y no limosnas. Es el momento de las Mutualidades

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, se inicia la institucionalización, de modo específico, de quienes tienen una discapacidad psíquica. Esto se debió a la idea de que había que proteger a las personas normales de las no normales.

La persona con discapacidad es separada, segregada, discriminada.

Aparece la terminología niños y niñas idiotas en el entorno de quienes investigan la materia y, posteriormente desde el ámbito médico, oligofrénicos u oligofrénicas.



Louis BRAILLE

Edad Contemporánea:

Comienza en el 1789 y surge lo que se entiende como Rehabilitación Profesional, se inicio con gran énfasis en el mundo occidental a partir del 1914, cuando los países europeos y mas tarde los Estados Unidos, vieron regresar del frente a numerosos jóvenes integrantes de sus ejércitos, con secuelas físicas y mentales adquiridas en los enfrentamientos bélicos.

En 1919 se firmo el tratado de Paz de Versalles y se creo la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T), entidad que ha tenido un papel decisivo en la promulgación de leyes y normas gubernamentales que buscan proteger los derechos de las personas con discapacidad, en promoción y desarrollo de programas de Rehabilitación profesional en el Mundo.

Al finalizar la segunda Guerra Mundial, un número no inferior a doce países concentraron sus esfuerzos médicos y científicos en la curación y reintegro de las personas con limitaciones lo que facilitó

aun mas el desarrollo formal de la Rehabilitación.



1926 funda Centro de hidroterapia para pacientes con secuelas de polio en Estados Unidos. En la foto Roosevelt víctima de polio

A su vez la O.I.T, desde su creación en todos sus documentos internacionales promulgo disposiciones referentes a las personas con limitaciones.

Estas disposiciones dispersas son las que finalmente en 1955, en la Conferencia Internacional del Trabajo, dieron pie a la Recomendación N°99, sobre la Rehabilitación y el Empleo de los Inválidos

Este recomendación plantea en su esencia la necesidad de poner a disposición de las personas con discapacidad medios de adaptación y readaptación profesional independiente de su origen, naturaleza y edad siempre que puedan ser preparados para ejercer un empleo adecuado y tengan perspectiva razonables de obtener y conservar el empleo.

Esta recomendación preconizo desde ese momento, la integración social y laboral de las personas con discapacidad.

Pese a los progresos logrados en esta primera mitad del siglo XX, la sociedad en general y el ambiente de Rehabilitación, seguían considerando a las personas con limitaciones como necesitadas de asistencia y protección. Los rehabilitadores centraron su preocupación en unificar criterios, definir términos delimitar universos de acción, pero manteniendo aun tendencias del pasado.

El siglo XIX, siglo de ordenación y de avance, es el siglo de los seguros sociales.

El neopositivismo añadirá otro matiz a los enfoques racionalistas de la centuria anterior: el sujeto de asistencia se convierte, en múltiples casos, en sujeto de estudio psico-médico-pedagógico, lo cual llevó a un avance en la comprensión del retraso mental y de otras discapacidades, y al desarrollo de terapias clínicas especializadas.

Es en este siglo cuando surge la educación especial propiamente dicha, con la participación de médicos, educadores y psicólogos.

Una larga serie de acontecimientos ordenadores se suceden de forma casi ininterrumpida, entre los cuales el más importante es sin duda la toma de forma y de carácter de la especialidad médicosocial denominada Rehabilitación, que se ocupa directamente de las distintas etapas que

conducen al discapacitado a una reintegración laboral correcta. Se crean en Boston en 1905 talleres protegidos por el Estado, en los cuales aquellos discapacitados que no pueden alcanzar un rendimiento normal desarrollan un cometido laboral posible. Se consiguen avances técnicos considerables en ortopedia. Se afronta de modo directo el problema de los niños discapacitados (Hernández Gómez, R., 2001).

En diversos momentos de la historia a los discapacitados se les etiqueta como minusválidos, inválidos, impedidos etc.; han sido rechazados y muchos de ellos muertos por considerarse una especie de mal, este rechazo a cambiado con el tiempo por sobreprotección convirtiéndose en un objeto de caridad.

Se atribuye a Esquirol (siglo XIX), la diferenciación entre retraso mental y demencia, basándose en el carácter adquirido de la última, y la introducción de estos estados dentro del ámbito de la Psiquiatría.

Mas tarde en objeto de existencia para irse transformando poco a poco en objeto de estudio psico-medico-pedagógico, al ser considerados como sujeto problema.

En este cambio de actitud ha estado presente el criterio de que no es una persona productiva socialmente, incluso cuando se dan cambios tendientes a lograr asistencia en términos de seguridad social mediante sus status de menor de edad independiente de la edad por no ser socialmente productivo como lo decide la sociedad.

Este criterio cambia de forma positiva gracias a diversos factores como:

- a)** Avances de la Medicina, podemos citar tres formas de discapacidad:
1-Congénita
2-Genética
3-Adquirida
- b)** Mejor Educación de la comunidad frente al problema de las personas con discapacidad.
- c)** La evolución de la sociedad industrial y capitalista por falta de mano de obra.
- d)** Las grandes guerras y conflictos mundiales hicieron que las personas con limitaciones intervinieran las fabricas y estructuras gubernamentales en función.
- e)** El Avance de la Ciencia.
- f)** Los Movimientos Sociales,
- g)** Descubrimientos surge la fisioterapia como especialidad medica.

Esta situación se alarga hasta comienzos del siglo XX por ser considerados como seres perturbados y perturbadores, antisociales y obsesos sexuales.

A lo largo del siglo XX, las personas con discapacidad todavía son rechazadas. Es conocido que, en la época de la socialdemocracia nazi, fueron otras de las víctimas del holocausto.

En Suecia, hasta mediados de los años 70, se esterilizaba a las personas con discapacidad, incluso, sin su consentimiento.>

<El proceso histórico que posibilitó tal cambio, permitió el tránsito del "inválido" como sujeto de protección o tutela hasta convertirse, progresivamente, en sujeto de previsión socio-sanitaria, a partir de la aparición en escena de los sistemas de seguridad social, dentro de los cuales la persona con discapacidad "mantiene su status de menor de edad y, alcance los años que alcance, no ejerce como adulto al no dar la talla socio-productiva que se demanda".

De esta manera, los esquemas asistenciales que se iniciaron en la Edad Media con una asistencia de beneficencia y de caridad, practicada, fundamentalmente por la Iglesia, seguirán con la asistencia como aspecto de orden público (siglos XVI y XVII), la asistencia como derecho legal (siglos XIX y XX) y la asistencia como seguridad social (Aguado Díaz, L., 1997).

Con la aparición de las escalas de inteligencia se comienza a hablar de torpes y retrasados o retrasadas. Según se avanza en el tiempo, hablamos de deficiencia mental, minusvalías, handicapado, discapacidad psíquica, y, finalmente, con la nueva conceptualización de la Asociación Americana de Retardo Mental (A.A.R.M.) se habla de retardo mental, aunque otras corrientes y estudios prefieren utilizar términos como discapacidad intelectual.

No puede dejarse de mencionar que también durante el siglo XX se cometieron grandes crímenes en Alemania, por el ejército Nazi, durante la segunda guerra mundial, diversas atrocidades se realizaron, "en busca de la raza perfecta" en la cámara de gases o con la ingestión de sustancias letales que se proporcionaron en forma selectiva, antes que a nadie, a las personas con discapacidad mental para aniquilarlas tratando de construir un supuesto mundo de "seres perfectos".

El racismo, intolerancia y complejos de superioridad, imperaron en esa época no solo para exterminar a los judíos, mujeres y ancianos; sino también a las personas con discapacidad. En este mismo siglo, las personas con discapacidad dieron origen a una industria floreciente en los países ricos, en donde se construyeron enormes edificios, llenos de pseudo especialistas, algunas veces en condiciones precarias, otras veces con todo el lujo posible. En donde han reunido a personas con discapacidad mental para que vivan allí para siempre, olvidados de sus familias y de la sociedad. Considerando que no debían de molestar a las demás personas, ni tampoco constituir las manchas de las ciudades, etc.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los Estados Unidos impulsan dos aspectos:

* la participación de los deficientes en los diversos frentes de la guerra constituye un acontecimiento demasiado olvidado que se convierte en casi la única (por no decir simplemente la única) ocasión histórica en

que a los deficientes se les asigna un papel social activo y responsable, papel que contra lo que cabría esperar desempeñan con gran eficacia y

* el nacimiento del movimiento rehabilitador y de la psicología de la rehabilitación y su expansión a otros campos que marcará las líneas directrices para el futuro avance en las calidad de vida de las personas con discapacidad (Aguado Díaz, L., 1997).

Sin embargo desde hace muchos años, han surgido personas que iniciaron un camino de liderazgo para hacer que las personas con discapacidad puedan vivir mejor, Tomás Moro 1478-1535 (humanista inglés de la época del Renacimiento), en su libro clásico "Utopía", describe las relaciones que se pueden establecer entre las personas con discapacidad y las personas aparentemente normales; así como los sentimientos y espíritu de fraternidad que surgen entre ellos.

Considerando a las personas a cargo de los discapacitados como privilegiadas, que debían ser seleccionadas cuidadosamente, con las más altas condiciones morales, pues deberían de ser las más fuertes, las más nobles; ya que ellas tendrían la mejor tarea a desempeñar en esta ciudad utópica, estarían en contacto con los seres más nobles, puros y queridos, las personas con discapacidad.

Lo cierto es que, según se avanza en la aceptación de la diversidad de personas, la sociedad incorpora términos y matiza conceptos.

Por ejemplo, en un nivel educativo, se introduce el concepto de alumnos o alumnas con necesidades educativas especiales. Esto supone, por un lado, la aceptación de la diversidad y, por otro, la posibilidad de atender específicamente a cualquier persona porque todas y todos podemos necesitar de una educación especial de forma definitiva o de forma temporal.

Por su parte, la UNESCO está trabajando no solo por la educación que debe de ser para todos, sin excluir a ningún ser humano por mayores limitaciones que tenga. Centrando su trabajo en aspectos como la genética y bioética, ya que necesitamos en este momento que intervenga para que se pueda impedir la selección de seres humanos y los experimentos con ellos, "el poder decir quien tiene derecho a la vida y quien no lo tiene".

Al mismo tiempo, la UNICEF está trabajando activamente para mejorar las condiciones de vida de miles de niños con discapacidad.

Otra Agencia de la ONU, la Organización Internacional del Trabajo, también está proporcionando un gran apoyo, prestando importantes servicios en lo concerniente a los aspectos laborales de las personas con discapacidad

Evolución Histórica de los Modelos en los que se fundamenta la Discapacidad (UIPCS-IMSERO 1)

A lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos de la Discapacidad.

► El modelo médico-biológico

Al margen de la eficacia de las actuaciones médicas, muchas de las enfermedades generaban, como producto final, déficits en el funcionamiento del individuo, que le inhabilitaban para desempeñar una vida normal. La discapacidad adquiere las connotaciones del síntoma, siendo por lo tanto descrito como una desviación observable de la normalidad bio-médica de la estructura y función corporal/mental que surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o lesión, y ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias, generalmente de carácter individual.

► El modelo social de la discapacidad

Postula que la discapacidad no es solo la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales.

► El modelo político-activista de la discapacidad o el modelo de las "minorías colonizadas"

Una extensión del modelo social es el que incorpora las luchas "pro derechos" de las personas con discapacidades. En ellas se defiende que el individuo con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha estado sistemáticamente discriminado y explotado por la sociedad.

► El modelo Universal de la Discapacidad

Plantea que la discapacidad es un hecho universal, en el que toda la población esta en situación de riesgo.

► Modelo Bio-psico-social

Visión integradora, que abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales para explicar ese hecho complejo y multifacético que es la discapacidad.

Evolución de las concepciones hacia el fenómeno de la discapacidad, (Egea García, C., Sarabia Sánchez, A., 2001)

MODELO DEMONOLÓGICO (edad media S VI-SXV): Discapacidad: posesión demoníaca, se le asociaba al mal, los discapacitados eran quemados, asesinados y encerrados

MODELO ORGANICISTA (1400-1500): Causas orgánicas de la discapacidad, y se busca otorgar remedio a estos problemas.

MODELO SOCIOAMBIENTAL (post-guerra 1913-1918): Persona con discapacidad: ser social que tiene que ser reincorporado a su medio.

MODELO REHABILITADOR (II guerra mundial a la fecha): Persona con discapacidad puede adaptarse a las exigencias del medio, y vivir en sociedad.

MODELO DE INTEGRACIÓN (1960): Tanto la sociedad como la persona con discapacidad deben encontrar formas para relacionarse.

MODELO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL. Igualdad de oportunidades para todos.>

Conclusión

Los diversos modelos en la evolución de las mentalidades sociales sobre la discapacidad pueden observarse con cierta sorpresa, ya que cada uno de ellos evidencia una filosofía en el abordaje del tema:

En el libro *Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad* (Puig de la Bellacasa, R., 1990) se proponen tres:

Modelo tradicional: asociado a una visión animista clásica asociada al castigo divino o la intervención del Maligno.

Paradigma de la rehabilitación: donde prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto.

Paradigma de la autonomía personal: con el logro de una vida independiente como objetivo básico.

Por otra parte, Casado en 1991 enuncia cuatro muy bien:

➔ El de **integración utilitaria:** se acepta a los sujetos con menoscabo "con resignación providencialista o fatalista".

➔ El de **exclusión aniquiladora:** al sujeto se le encierra y oculta en el hogar.

➔ El de **atención especializada y tecnificada:** dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios.

➔ El de **accesibilidad:** basado en el principio de "normalización", donde las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como la de los demás.

En ambos casos, los autores indican que estos modelos o formas sociales de ver la problemática de la discapacidad no son mutuamente excluyentes y conviven a lo largo del tiempo, si bien se han ido imponiendo los enfoques más progresistas.

Aunque de forma muy breve, es interesante observar el abanico de variantes que se han producido a lo largo de la historia sobre cómo evolucionó la visión de las personas con discapacidad.

No solamente a nivel de salud, curativo y rehabilitador sino también sobre el lugar que ellos fueron ocupando poco a poco en la sociedad. Y así vemos que de la muerte segura de un niño recién nacido por portar una discapacidad hasta los aportes desde diferentes lugares del quehacer público en beneficio de estas personas.

Como puede observarse, muchos han sido los papeles sociales y los conceptos que se han manejado alrededor de las personas discapacitadas en las diferentes sociedades y culturas, sin embargo en la gran mayoría de los casos, no han sido justas ni favorables e incluso la exclusión social se ha exacerbado durante algunas épocas.

Vivimos en una época en que prima, quizás la "supervivencia del más fuerte", y muy parecida a la prehistoria.

En todas partes del mundo han surgido padres líderes, que inconformes con la realidad que les ofrecen sus países, han tenido que crear los servicios para sus

hijos, al principio, solo servicios educativos, con un solo maestro y después uniéndolos con otros y con otros padres inconformes, pero siempre con un gran espíritu de lucha.

Y ellos están construyendo la historia actual.

La Perspectiva Histórica de la Discapacidad ha ido variando desde el principio de los tiempos.

Desde el despeñamiento de los niños que nacían con una discapacidad en Esparta mucho se ha avanzado en la premisa de que "lo normal es ser diferente".

Tal sacrificio selectivo encontró eco en la Roma Imperial y en este siglo en el nazismo y sus cámaras de gas.

Luego el cristianismo permite la evolución hacia el punto en que las personas con discapacidad son convertidos en objetos de caridad porque sufren y son pobres. Conformándose este último en el Paradigma Tradicional de la discapacidad.

Se caracteriza por el asistencialismo de beneficencia, por la caridad. Es decir, desde esta perspectiva las personas con discapacidad no son consideradas como sujetos de iguales derechos que el resto de los ciudadanos.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, los países del norte se preocupan por el futuro laboral, así como el de los tratamientos médicos de los muchos heridos de guerra.

Es en esta época que se consolida un segundo paradigma, conocido como el Paradigma de la Rehabilitación. En este modelo se llega a la conclusión que el problema de la discapacidad se localiza en el individuo (la persona con discapacidad), ya que es en su deficiencia (física, mental o sensorial) y en su falta de destreza, en donde se localiza el origen de sus dificultades.

De todos modos en nuestras sociedades actuales coexisten simultáneamente variantes y matices del modelo tradicional con variantes y matices del modelo de la rehabilitación.

A pesar de ello, el paradigma de la rehabilitación ha significado un importante paso de avance en el enfoque de la discapacidad y ha prestado y sigue prestando valiosos servicios a muchas personas.

Durante los años 60, producto de la guerra de Vietnam y la cantidad de soldados que regresan a sus hogares con una discapacidad, se presenta una nueva perspectiva, la de la lucha por reivindicaciones y derechos, la lucha por vivir independientemente sin sentir el estigma del "perdedor" en una sociedad marcada por la competencia.

El entorno en el cual surge el mencionado movimiento de "vida independiente" es el de la lucha de los negros por sus derechos civiles. Puig de Bellacasa señala que surge de tratar de construir su propia autonomía.

En general, este paradigma es completamente distinto: no es la deficien-

cia o la falta de destreza en donde reside el problema sino que este se localiza en el entorno. Es la sociedad la que no ofrece las oportunidades, la que no brinda los apoyos suficientes para que estas personas puedan desarrollarse como individuos, como personas —no objetos— con derechos y deberes.

Desde que los niños con discapacidad eran arrojados al abismo a las Olimpiadas Especiales, desde los leprosarios hasta la rehabilitación integral y el compromiso por mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad se ha recorrido un largo camino, cada paso dado ha sido un lago trayecto para estar mejor, vivir en comunidad, disfrutar de la vida en compañía de los otros.

Bibliografía

Aguado Díaz, L., HISTORIA DE LAS DEFICIENCIAS, Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE, ISSN 0212-6796, Nº 15, 1997

Casado Pérez, D. "Panorámica de la discapacidad". INTRESS. Barcelona 1991.

Egea García, C., Sarabia Sánchez, A., VISIÓN Y MODELOS CONCEPTUALES DE LA DISCAPACIDAD, Noviembre 2001

Ferraro, P., Derechos Humanos y Discapacidad, 2001

Hernández Gómez, R., Antropología de la Discapacidad y la Dependencia : Un enfoque humanístico de la discapacidad, Madrid, 2001

Hernández, E., Concepto sobre la Discapacidad, evolución y tratamiento

Montas Ramirez, F., Las personas con discapacidad a través de la historia

Puig de la Bellacasa, R. "Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad". "Discapacidad e información". Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Madrid 1990.

UIPCS-IMSERO 1. Evolución histórica. Proceso de revisión.

<http://www.elcantarodesicar.com/psaludc/antaro/discapacidadenlaactual07.htm>

<http://usuarios.lycos.es/camfalcuescar/Discapacidades/AUDITIVA/prueba.htm#EDUCACION%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ORDAS>

www.discapacitados.org.es/detail/link-50.html - 10k

http://www.google.com.ar/images?hl=es&source=img&biw=1362&bih=441&q=Fracturas+del+Homo+Neanderthalensis&btnG=Buscar+im%C3%A1genes&gbv=2&aq=1&aqi=g10&aql=&oq=Fracturas+del+&gs_rfai



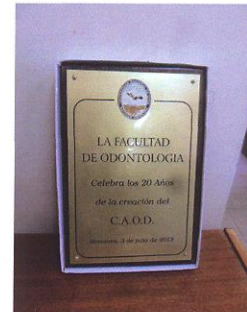
Centro de Atención Odontológica al Discapacitado
3 de Julio de 1993 – 2013

UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FO
FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

Biblioteca
Consulta José Luis PASCUCCI

FESTEJAMOS 20 años para recordar nuestra historia, planificar y protagonizar el futuro junto a nuestros pacientes, padres y colegas



20 AÑOS Cumpleaños del CENTRO de ATENCION ODONTOLOGICA AL DISCAPACITADO

Un festejo que sumó a la Facultad cuyas autoridades hicieron una plaqueta recordatoria, la Legislatura de Mendoza que otorgó un reconocimiento provincial y la fiesta del 3 de Julio de 2013 que incluyó bailes, torta, globos y medallas a los integrantes del servicio



Sociedad Mendocina de Odontología para Pacientes Especiales

DESAYUNO CIENTIFICO

"Rol del odontólogo en el equipo de salud en discapacidad"

Dicte: Dr. Osvaldo CAVA ARANGOTTI
Presidente de la Asociación Sociedad Triestina de Odontología para Discapacitados y Pacientes Especiales

Viernes 17 de Mayo - 9:00 a 12:00 hs.
Agrupales Odontólogos \$80 - Socios de S.M.O.P.E. \$30 - Estudiantes \$ 30
Profesionales de disciplinas relacionadas \$30
Inscripciones: Escuela de Post Grado-Círculo Odontológico de Mendoza



Cátedra CLINICA del PACIENTE DISCAPACITADO.
Cada año trabaja en las competencias del futuro odontólogo: la atención odontológica de la persona con discapacidad.



Miembros de la SOCIEDAD MENDOCINA de ODONTOLOGIA PARA PACIENTES ESPECIALES del Círculo Odontológico de Mendoza

PRECAP



PROGRAMA De CAPACITACIÓN en ODONTOLOGÍA y DISCAPACIDAD 2013-2014



La fortaleza de esta actividad es la capacitación de profesionales odontólogos en discapacidad y que serán referentes en distintos departamentos de la provincia Mendoza.



III Congreso Internacional y X Encuentro Peruano de Odontología para Bebés
"Una década por la infancia del Perú"

25, 26 y 27 de Septiembre 2014
Hotel Los Delfines, Lima - Perú

Conferencistas

Dr. María Salazar	Dr. Miguel Ángel	Dr. Rita	Dr. José	Dr. Néstor	Dr. Pablo
Dr. Alvaro	Dr. María	Dr. Patricia	Dr. Julio	Dr. Pedro	Dr. Fernando
Dr. María	Dr. María	Dr. María	Dr. María	Dr. María	Dr. María

Reservación de hotel y trasporte en: www.impactosventa.com

Primer Jornada de **Odontología Pacientes Especiales**

25 de abril 2014
TEMUCO

Dr. Patricia Di Nasso
Dr. Carina Soledad
Dr. Urrián Rojas
Dr. Nancy Hillari
Dr. Jaime Díaz

www.olopec Chile



CAOD 31 años
Centro de Atención Odontológica al Discapacitado
1983 - 2014

Prof. Dra. Patricia Di Nasso
Prof. Dra. María I. CEPRE 2011
Cec. Cecilia López J.A.
Cec. I. Lucía M. J.A.
Cec. Cecilia López J.A.
Cec. Patricia Di Nasso
Prof. Dra. Patricia Di Nasso
Prof. Dra. Patricia Di Nasso



Hasta la próxima
See you soon