

Universidad Nacional de La Plata.

Facultad de Odontología.



Especialización en Odontología Social y Comunitaria.

Trabajo de investigación final.

“Atención odontológica de niños que concurren a escuelas especiales”.

Odontóloga: Cea, María Eugenia.

Directora: Prof. Dra. Rimoldi, Marta Lidia.

La Plata, año 2021.

A los maestros que están y han pasado por mi vida, no solo los que me formaron como profesional sino como persona. Sin dudas han dejado huellas imborrables.

INDICE.

- **RESUMEN**----- Pág. 4.
- **INTRODUCCIÓN**-----Pág. 5 a 9.
- **CAPÍTULO I** ----- **Pág. 10.**
 - 1.1 Crecimiento y desarrollo ----- Pág. 11.
 - 1.2 El paciente niño y sus conductas ----- Pág. 11 a 12.
 - 1.3 Primer consulta, motivación y prevención ----- Pág. 12 a 14.
- **CAPITULO II** ----- **Pág. 15.**
 - 2.1 El derecho a la salud en pacientes con discapacidad ----- Pág. 16.
 - 2.2 Marco normativo sobre discapacidad y el derecho a la salud de las personas con discapacidad ----- Pág. 16 a 20.
 - 2.3 Informe mundial sobre la discapacidad----- Pág. 20 a 23.
 - 2.4 Educación y discapacidad ----- Pág. 23 a 24.
 - 2.5 Organización de la modalidad de Educación Especial ----- Pág. 24 a 25.
 - 2.6 Sinonimia, causas y tipos ----- Pág. 25 a 32.
- **CAPÍTULO III** ----- **Pág. 33.**
 - 3.1 Atención odontológica según las diferentes discapacidades ----- Pág. 37 a 40.
 - 3.2 Sedación farmacológica en el paciente niño con discapacidades---- Pág. 40 a 41.
- **CONCLUSIONES** ----- **Pág. 42 a 43.**
- **ANEXOS** ----- **Pág. 44 a 56.**
- **BIBLIOGRAFÍA** ----- **Pág. 57 a 58.**

RESUMEN:

“No es la discapacidad lo que hace difícil la vida, sino las barreras que pone la sociedad”. Anónimo.

Según estudios realizados, se han detectado a nivel mundial casi 200 millones de personas que experimentan algún tipo de discapacidad. En Argentina contamos con aproximadamente 3.571.983 personas, es decir un 10,2% de la población total.

Por esta razón es fundamental entender que la sociedad juega un rol muy importante en el desenvolvimiento de estas personas, porque de no ofrecer las condiciones óptimas para favorecer su integración y participación social, nada resultara bien. Los estudios realizados indican que este colectivo es el menos beneficiado en cuanto a la atención médica en general y la odontológica en particular, ya sea por desconocimientos de los familiares o por inexperiencia del profesional. Hoy en día, ante la consulta odontológica, el profesional tiene y debe entender que el paciente no es solo una pieza dentaria y que su carga emocional, condición sociocultural y características también pueden influir en el tratamiento. Es por eso que la atención en pacientes con discapacidades es una búsqueda constante de métodos, técnicas y aprendizajes que incluyen tanto al paciente como al profesional.

Palabras clave: discapacidad, derechos, atención odontológica, relación odontólogo-paciente.

INTRODUCCION:

El presente trabajo de investigación final forma parte del curso de posgrado de la Especialidad en Odontología Social y Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata en convenio con el Municipio de Mercedes (Provincia De Bs. As) llevada a cabo entre los años 2019 y 2021.

El municipio de Mercedes está ubicado a 96 km de Capital Federal y a 152 km de la Ciudad de La Plata. Según el último censo tiene una cantidad total de 63.284 habitantes y la atención sanitaria se distribuye en veinte Centros de Atención Primaria de la salud (CAPS) ubicados de manera estratégica, descentralizando la atención. Estos centros cuentan con un equipo multidisciplinario donde se cuenta con médicos, nutricionistas, psicólogos, obstetras, enfermeros, trabajadores sociales, psiquiatras, estimuladores de edad temprana, ginecólogos, etc. De estos veinte Centros de Atención Primaria, tres son los que actualmente cuentan con atención odontológica. Estos son:

- CAPS San José ubicado en calle 19 y 50.
- CAPS Güemes ubicado en calle 45 entre 36 y 38.
- Centro Integrador comunitario (CIC) ubicado en calle 10 y 65, donde se lleva a cabo la atención odontológica diaria y donde se realizan las guardias nocturnas.
- Camión Municipal Odontológico ubicado en calle 10 y 65, frente al CIC.

Vale la pena mencionar que antes de la situación de la pandemia, había en total ocho centros de atención odontológica, es decir, a los antes mencionados se le sumaban:

- CAPS Blandengues ubicado en calle 16 y 105.
- CAPS Lomas del Pacifico ubicado en calle 106 entre 39 y 41.
- CAPS Altamira ubicado en la zona rural.
- CAPS Agote ubicado en zona rural.

El motivo por el cual dejaron de funcionar es porque fueron convertidos en centros de contingencia para aquellas personas que tienen síntomas de COVID-19, allí se realizan hisopados y test rápidos gratuitos para los que lo necesitan.

La elección del tema de investigación surgió a partir de la inquietud con el trabajo comunitario en niños y niñas con discapacidad y el acceso a la salud bucal comunitaria. Los centros de atención primaria de la salud donde se desarrollan las actividades de la Especialidad no cuentan con los recursos necesarios para la atención de estos pacientes, por ende muchas veces el mismo sistema no los tiene en cuenta. La motivación para esta investigación surgió del propósito de colaborar con este colectivo y evitar así que este tipo de sucesos ocurra en la práctica diaria.

El tema general de interés es “Atención odontológica de niños que concurren a escuelas especiales”, analizando así el acceso a la salud bucal de niños y niñas que concurren a escuelas especiales desde la perspectiva de la subjetividad. Esta, se construirá a partir de la relación que el odontólogo y el paciente con discapacidad tendrán, con una visión social y humanitaria teniendo en cuenta que estos puntos son iguales o tanto más importantes a la hora de la consulta que las patologías mismas.

El odontólogo debe estar preparado y debe conocer las necesidades del paciente y sus condiciones sociales (entendida esta como situaciones económicas, sociales, culturales, afectivas) que atraviesan a los y las niñas con los/las que trabajamos, para mejorar y mantener la salud bucal de los mismos. Por tanto, el objeto de estudio a través de la bibliografía, será primordialmente el profesional y su desenvolvimiento, la relación que este tendrá con la familia del paciente y el paciente mismo formando la famosa “tríada” en la atención del niño con discapacidad.

Esta investigación tiene como propósito obtener información relevante acerca de la relación odontólogo- paciente niño con discapacidad. Asimismo, conocer las principales necesidades de las personas en condición de discapacidad referidas a su higiene bucal.

Por otro lado, la motivación para pensar en un estudio exploratorio y no descriptivo fue por la falta de este tipo de trabajos de investigación en el Municipio de Mercedes.

Teniendo en cuenta esto, el trabajo de investigación final tendrá tres centros o puntos clave: el desenvolvimiento y la atención odontológica de manera integral en niños sin características de discapacidades, un prefacio para instruirnos acerca de que es una discapacidad, leyes vigentes a nivel salud y educación, tipos de discapacidades y características y finalmente un último eje donde nos abocaremos a la atención odontológica en este tipo de pacientes, en la relación odontólogo-paciente niño y que se debe tener en cuenta la hora de realizar la consulta.

En este marco, el trabajo de investigación tendrá tres capítulos:

- Capítulo I: donde se especificará como es el crecimiento y desarrollo, el tipo de conductas, como debería ser el ambiente odontológico, que debemos esperar en la primera consulta, que es la motivación y la prevención.
- Capítulo II: definición de discapacidad, cuáles son sus causas y que tipos hay, cuáles son las leyes y derechos vigentes, y como es su educación.
- Capítulo III: se analizarán cuáles son las pautas para la atención, trastornos bucodentales más frecuentes y cuál es el tratamiento que deben recibir estos pacientes.

OBJETIVOS:

Generales:

- Describir la relación odontólogo-paciente niño con discapacidad durante la atención odontológica para optimizar la misma.

Específicos:

- Definir Discapacidad
- Determinar si afecta o no la falta de información y experiencia del profesional sobre esta temática durante la consulta odontológica.
- Identificar las necesidades de los pacientes niños con discapacidades durante la consulta odontológica, para ofrecer información a los colegas en este campo, desde un enfoque integral de la discapacidad.
- Establecer los trastornos bucodentales más frecuentes que tienen los niños con discapacidad.
- Sintetizar el tipo de atención que deben recibir.
- Analizar la triada durante la atención en niños.
- Conceptuar la inclusión de estos pacientes al sistema de salud

Metodología:

La metodología que corresponde al presente trabajo de investigación final tiene que ver con la construcción de variables cualitativas, donde se estableció una relación entre la salud bucal comunitaria en niños y niñas con discapacidad.

Se entiende de esta manera a la salud bucal comunitaria desde la perspectiva biopsicosocial, la cual comprende un compromiso del/la profesional con la perspectiva de la singularidad en relación al paciente para poder dar cuenta de las características que presenta y del acceso al derecho a la salud comunitaria en general y la salud bucal en particular.

De esta manera, se realizó un estudio sobre la intervención odontológica en pacientes con discapacidad de la ciudad de Mercedes, Provincia de Buenos Aires, y se sistematizó las intervenciones particulares que se realizaron con el objetivo de promover el efectivo acceso y cumplimiento del derecho a la salud.

En cuanto a la recolección de datos se utilizarán fuentes primarias como historias clínicas, registros de intervenciones disciplinarias, observación participante en los diversos centros de atención primaria de la salud (CAPS), en donde se desarrollaron las prácticas profesionales y entrevistas semiestructuradas a odontólogos y familiares/referentes efectivos que acompañan a los niños y niñas con discapacidad para ser atendidos.

En relación a lo planteado, se propuso realizar una investigación flexible debido a que la situación por la pandemia de COVID-19 produjo algunos cambios en el proceso de investigación, ya que el contacto con pacientes con discapacidad fue suspendido por ser población de riesgo dado que no concurren al odontólogo sino es por urgencia.

La muestra fue de tipo no probabilística, y se seleccionó a los odontólogos y referentes afectivos de los niños y niñas con discapacidad de los distintos Centros de Atención Primaria de la Salud. Se entrevistó a seis odontólogos y a dos familiares/referentes afectivos ya que dos familiares más fueron contactados pero no quisieron realizar la entrevista.

Las entrevistas a los profesionales se realizaron de manera virtual y personal al igual que a los familiares o referentes afectivos.

El tipo de muestra seleccionada permitirá conocer la población que concurre a los distintos CAPS, y como acceden a la salud bucal comunitaria, la continuidad del tratamiento y cuáles son los obstáculos que se presentan.

Finalmente es importante destacar que este se constituye como un estudio exploratorio, atento a que no se encuentran investigaciones realizadas sobre la temática en la Provincia de Buenos Aires, y más precisamente en la ciudad de Mercedes. En este sentido es importante la presente sistematización de datos a fin de articular desde una perspectiva interdisciplinaria con el objetivo de garantizar la salud bucal comunitaria en niños y niñas con discapacidad, un tratamiento adecuado y un vínculo con los establecimientos educativos para que puedan acompañar dicho proceso de salud.

CAPITULO I.

Por definición, la odontología pediátrica u odontopediatría es una rama de la odontología determinada por la edad, que le otorga cuidado oral preventivo y terapéutico a lactantes, niños y adolescentes incluyendo aquellos que requieren cuidados especiales. Es, por lo tanto, el ejercicio mismo de la profesión, aplicado al paciente niño teniendo en cuenta los contenidos emocionales de los protagonistas (en este caso además del niño, a los padres y su entorno). La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) expuso que “La atención odontológica del niño comienza con el asesoramiento en el recién nacido y debe incluir un examen de la cavidad oral y un programa de educación preventiva antes de los 6 meses (y nunca después de los 12) de la aparición de los primeros dientes de la dentición temporaria”. Es por eso que siempre se tiene que tener en cuenta que el niño necesita estímulos positivos y que se proyecten cosas hacia etapas del desarrollo superior.

Históricamente, antes de que se hiciera visible las postulaciones actuales sobre la psicología infantil, los niños eran llevados a la consulta ante una urgencia (dolor, traumatismos, hemorragia, etc.) y nunca de manera preventiva. Ante tal situación la consulta se resolvía realizando la exodoncia de las piezas dentarias, la mayoría de las veces a pedido de los mismos padres, traumatizando al paciente niño provocando así que no quisiera volver a la consulta. Cabe destacar que este tipo de atención se hacía siempre con la presencia de los padres dentro del consultorio, lo cual muchas veces resultaba enriquecedor durante la atención.

Ulteriormente hubo un periodo en donde el ejercicio odontológico era llevado a cabo a partir de ciertas sedaciones que podían provocar conductas opuestas a las esperadas. Resulta imposible asimilar el hecho de que también se podía recurrir a la anestesia general o medios de restricción física para acallar gritos o movimientos de un niño con lesiones odontológicas leves.

Hoy por hoy, la incorporación de la psicología en el plano psicoanalítico nos da una visión más clara, profunda y completa de las necesidades básicas del niño y los motivos de su

conducta incorporándose a los haberes de conocimiento de la odontología pediátrica conformando lo que es la nueva actitud de la odontología frente al niño, reflejándose en la manera de conducir al niño y a sus padres, como el abordaje de la atención propiamente dicha.

1.1 Crecimiento y desarrollo humano:

El crecimiento y desarrollo es un proceso biológico que el hombre comparte con los seres vivos, pero que presenta la particularidad de requerir un lapso más prolongado para madurar durante su niñez, infancia y adolescencia. Si bien es complejo separar los términos es importante diferenciar el crecimiento del desarrollo. El crecimiento será el aumento de tamaño, talla y peso, es decir el aumento de la masa corporal, fácil de medir ya que se puede observar a simple vista. El desarrollo es la diferenciación de los componentes del organismo que conducen a la madurez de distintas funciones físicas y psíquicas, por ende, cuando hablamos de desarrollo hablamos de una mayor capacidad funcional de los sistemas a través de la maduración, diferenciación e integración de las funciones.

Además de tener en cuenta estas dos definiciones, debemos sumar una más: la maduración, que será ni más ni menos que la adquisición progresiva de funciones y características como por ejemplo caminar, hablar, etc.

En el crecimiento y desarrollo interviene factores genéticos, apoyados por la herencia, el medio ambiente, y del propio individuo como los nutricionales, socioeconómicos, emocionales, neuroendocrinos, genéticos, etc. Así podemos diferenciar 5 etapas en la curva de crecimiento durante la vida del hombre:

1. Infancia.
2. Adolescencia.
3. Juventud.
4. Adulthood.
5. Senilidad.

Dentro de estas etapas habrá picos de crecimiento, que son importantes para la odontología pediátrica para determinar tratamientos de ortopedia funcional, aprovechando la capacidad de los huesos de ser matrices funcionales generadoras de forma.

1.2 El paciente niño y sus conductas:

El hecho en sí de la consulta odontológica, provoca en el niño cierto grado de ansiedad. Probablemente un niño con miedo y/o ansiedad que imagine una visita fastidiosa la experimente realmente así a diferencia de un niño que no se la imagina de esa manera. A pesar de ello, la mayoría son cooperadores logrando que el éxito de la práctica no esté solo basado en la habilidad del odontólogo sino también en su capacidad para lograr y mantener esa cooperación. El temor al tratamiento pueda estar dado por lo que los padres le han transmitido o sus hermanos o pares le contaron, haciendo dificultosa la atención, por ende, si la conducta del niño se vuelve difícil y no coopera debe ser controlada y modificada.

Más allá de eso, hay variables que influyen en el comportamiento del paciente niño durante la consulta como por ejemplo la ansiedad materna y la experiencia médica previa.

Para poder lograr la modificación del comportamiento negativo del paciente niño es importante que el ámbito odontológico le infunda confianza desde su entrada al mismo. El odontólogo deberá tener en cuenta la importancia del servicio de salud en una etapa temprana y adecuada que aportará beneficios a largo plazo, programar los procedimientos para cada sesión dependiendo de la reacción del paciente, informar a los padres al término de cada sesión y trabajar con un asistente que le permita realizar la técnica a “4 manos”, ahorrando tiempo y evitando que se separe del sillón.

1.3 Primer consulta, motivación y prevención:

Como destacamos en el párrafo anterior, es sumamente importante que el ambiente odontológico sea cómodo y seguro para el paciente niño, usar un procedimiento no invasivo y jugar con él haciendo que la consulta sea más agradable antes de someterse al tratamiento invasivo. En términos generales la diferencia básica entre la atención a un paciente adulto y un paciente niño radica en que en la primera el vínculo es de uno a uno, es decir una relación odontólogo- paciente. En cambio, en niños el vínculo será de uno a dos siendo odontólogo- paciente niño- padres, formando la “triada” del tratamiento odontopediátrico donde el niño es el centro de atención. Se deberá tener en cuenta que esta relación siempre es dinámica y cambiante y que habrá cierta carga emocional de los protagonistas a la que hay que sumarle el entorno. En cuanto al niño, saber que es un ser en crecimiento y desarrollo, que hay cambios de tamaño y forma, función de estructuras y habilidades. Los padres conllevarán su propia ansiedad, por eso

es importante que conozcan primeramente al profesional y que este les brinde toda la información necesaria, de manera clara y afable. Y por último el odontólogo que deberá cumplir con ciertos requisitos (como tener en cuenta el trato afectivo, un papel educador etc.) además de comprender que su acción terapéutica se realizará en un niño y que el efecto beneficioso ira más allá de su boca.

En esta primera consulta o primera vez, debemos considerar:

- Abordaje de la ansiedad: no hay un sola termino, pero Boj, la define como “la anticipación de todo peligro que considera el niño, las situaciones u objetos que desencadenan esta ansiedad pueden ser cambiadas en el transcurso del tiempo dependiendo de los hechos que van apareciendo en la vida del niño; también es un indicador de la mejor comprensión del entorno y sus peligros”. En otro apartado, Bascones, A. la define como “una reacción que acontece ante las situaciones menos específicas que el miedo, es más difusa y anticipatoria. Al igual que el miedo, la capacidad para experimentar ansiedad se considera un mecanismo evolucionado de adaptación que potencia la supervivencia de nuestra especie, esta sería la ansiedad funcional y adaptativa. Puesto que la ansiedad y el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensación de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras.”

En cuanto a los tipos de ansiedad, tendremos la ansiedad adaptativa considerada como emoción presente en una situación que origina amenaza, preparándose la persona a una reacción con una respuesta cognitiva, fisiológica y de conducta (Navas y Vargas, 2012). Ésta puede resolverse para brindar una atención adecuada, ya que el niño puede superarla con una correcta motivación colaborando con el tratamiento. Y la ansiedad patológica donde el sujeto no se adapta a un determinado estímulo presente, perdiendo su autocontrol y presentando respuestas no positivas (Bobes et al., 2002). Aquí es donde habrá una interrupción brusca del tratamiento.

- Evolución con la edad: debemos tener en cuenta que la edad es el mayor indicador en la consulta. Cada edad tiene estadios limitados por su nivel de organización permitiendo al niño realizar ciertas cosas, pero otras no y ahí es donde entra en juego el saber sobre las limitaciones, estadios, etapas evolutivas y desarrollo del aparato psíquico según su edad. De allí la importancia de preguntar de

antemano la edad de niño o su escolaridad a la hora de la solicitud de la primera cita.

- Diferentes tipos de primeras visitas: puede ocurrir que el paciente niño venga derivado a la consulta por otro profesional, que sea una consulta espontánea, o por presencia de un síntoma real o aparente (movilidad, erupción, pigmentaciones, etc.)

De cómo resulte esta primera consulta, dependerá en un futuro como resulten las siguientes. Si no logramos que la carga de ansiedad disminuya o si la misma se eleva pueden surgir rechazos con diferentes reacciones que imposibiliten las intervenciones.

En cuanto a la prevención, la odontopediatría trabaja bajo el lema educar previniendo y prevenir educando y la mejor forma de crear esta consciencia sanitaria es comenzar a trabajar sobre la idea de la higiene bucal y riesgo cariogénico. Esto se llevará a cabo orientando al niño y sus familiares a eliminar conductas que favorezcan la aparición de patologías bucales y reemplazarlas con hábitos favorables.

CAPITULO II.

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (en adelante CDPCD) define a las mismas, en su artículo 1, como: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (CDPCD, 2006). A su vez en un término y postura sobre la vida de este colectivo, más médico y menos social, la Organización Mundial de la Salud en su 54° Asamblea, definió a la discapacidad como “deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado discapacitante” (OMS 2001).

- ¿Qué es para vos la discapacidad?
- *“Es una capacidad distinta de vivir o moverse”. (Odontóloga del Municipio de Mercedes, Provincia de Buenos Aires).*

Ahora bien, a pesar de convenir con el término de la OMS (sin poder dejar de lado el modelo hegemónico que me formó) estimo que va más allá de la discapacidad que pueda tener la persona. La sociedad cumple un papel muy importante en este sentido, fomentando el desarrollo y la aplicación de políticas que consolidan los derechos de las personas con discapacidad potenciando así la transformación social y la inclusión. La mirada y el accionar social, tanto del odontólogo como de la comunidad, debe ser un complemento para abarcar todos los frentes de las personas con discapacidades y es lo que busco con la puesta en marcha de este proyecto. Si bien la investigación no se basará en datos obtenidos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud (en adelante CIF) parece importante saber que es una clasificación universal que establece un marco y un lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Abarca tres componentes esenciales: funciones corporales/estructuras, actividad y participación, integrados bajo los términos "funcionamiento" y "discapacidad", que dependen de la condición de salud y de su interacción con factores contextuales. Los componentes están clasificados mediante categorías, hoy en día tiene 1.424 categorías organizadas en una estructura jerárquica de 4 niveles.

2.1 El derecho a la salud en pacientes con discapacidad:

En las últimas décadas, las disciplinas de la salud como la medicina y la odontología han sufrido grandes cambios. Nuevas tecnologías, avances en genética e intervenciones precoces en enfermedades antes difíciles de diagnosticar y mejoras en la síntesis de fármacos eficaces han colaborado en el aumento en los índices de vida, así como en la morbimortalidad infantil, ya que ha cambiado la situación de niños prematuros que antes no sobrevivían y hoy lo consiguen, aunque a veces con secuelas neurológicas preo perinatales. Por ello, paradójicamente la discapacidad se ha incrementado de manera significativa en los últimos años. La población de discapacidad mundial ha aumentado, según el informe de la OMS, 1 a 15%, lo cual significa más de mil millones de personas en el mundo, por lo que es necesario incrementar el recurso humano en salud para poder dar respuestas concretas. La medicina se ha ido preparando para enfrentar estos cambios, pero si bien la odontología, desde hace diez años, es más inclusiva, no acompaña con medidas concretas para afrontar los nuevos paradigmas que se presentan. La demanda de atención odontológica de esta población se incrementa, pero la odontología no brinda suficientes profesionales capacitados para satisfacerla (Scagnet, 2018).

2.2 Marco normativo sobre discapacidad y el derecho a la salud de las personas con discapacidad (en adelante PCP).

Una visión integral de la persona con discapacidad:

A raíz de siglos de invisibilidad de la discapacidad, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) pudo consensuar una convención internacional para eliminar todas las formas de discriminación. Por ello, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue aprobada el 13 de diciembre de 2006, y el 2 de abril de 2008 ya la habían ratificado veinte países, por lo que entró en vigor. Este acuerdo internacional exige que los gobiernos de todo el mundo promuevan y defiendan los derechos de los niños, las niñas y los adultos con discapacidad, señalando un cambio de paradigma en las actitudes y los enfoques al respecto. En Argentina tiene fuerza de ley desde 2008, registrada bajo el número 26.378.2.

El objetivo principal de la Convención consiste en fomentar, proteger y garantizar la vigencia en un pie de igualdad de todos los derechos humanos y las libertades de las que son acreedoras las personas con discapacidad, y sus principios son: respeto, libertad, no discriminación, plena participación e inclusión en la sociedad, igualdad de oportunidades, accesibilidad y derecho a la educación. El artículo 25 expresa: “Las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporciona a otras personas, los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en el suministro del seguro de salud” (Scagnet, 2018). Para acercarnos a una información acorde a la realidad actual, hay que examinar los diferentes modelos conceptuales que explican la discapacidad y el funcionamiento. Esta variedad se expresa en una dialéctica que transita del “modelo médico” al “modelo social”. El modelo médico considera la discapacidad como un problema “personal”, causado directamente por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El modelo social de la discapacidad, en cambio, considera el fenómeno principalmente como un problema “social”. Desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad, la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. El primer modelo se centraba primordialmente en la atención sanitaria y en enfatizar las políticas de salud; el segundo, en la actuación social, en la responsabilidad colectiva de la sociedad a hacer las modificaciones ambientales necesarias para propiciar una participación plena de las personas con discapacidad. La combinación de estos dos modelos permitió la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento humano, un enfoque biopsicosocial. (Scagnet, 2018).

Después de un largo proceso de conceptualización de la discapacidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio origen a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en la que la discapacidad constituye un término genérico que incluye las deficiencias de funciones y/o de estructuras corporales, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación; indica los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una determinada condición de salud) y sus factores contextuales. Todos los profesionales de las ciencias de la salud trabajamos hoy bajo el modelo CIF. La persona con

discapacidad es el resultado de la interacción de su condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales).(Scagnet, 2018).

En América Latina y el Caribe, se estima que hay 140 millones de personas con discapacidad, y que tienden a incrementarse las enfermedades no transmisibles y por causas externas, además del envejecimiento de la población. En Argentina, los datos oficiales respecto a la discapacidad corresponden al último censo a nivel nacional, realizado en 2010. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) publicó los resultados preliminares del Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (2018), a través del cual ahora es posible saber que el 12,9% de la población de la Argentina tiene algún tipo de discapacidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que menos del 3% de las personas con discapacidad en Latinoamérica acceden a servicios de salud y rehabilitación. La OMS y la OPS instan a los estados miembros a poner en práctica las medidas propuestas en el “Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021. Mejor salud para todas las personas con discapacidad”, adaptándolo a las prioridades y circunstancias específicas nacionales. La odontología en personas con discapacidad debe fundamentarse en el conocimiento de bases o pilares desde los cuales trabajar en estrategias de atención inclusiva. Ellos son: a) Conocer el amplio espectro de discapacidades: su etiología y patogenia (de origen genético, congénito, infeccioso, traumático; desórdenes o alteraciones específicas que provocan trastornos motores, mentales, psíquicos, sensoriales), además del conocimiento de enfermedades sistémicas y su grado de riesgo médico, b) Trabajar en equipos multi-, inter- y transdisciplinarios para realizar un abordaje integral y social y personalizar el plan de tratamiento, c) Conocer la patología bucodental específica que presentan algunas enfermedades, así como las manifestaciones orofaciales y funcionales, d) Conocer las técnicas de manejo de la conducta, a fin de evaluar la modalidad de atención adecuada y personalizada que incluya procedimientos de sedación ambulatoria y tratamiento bajo anestesia general en los casos indicados, e) Capacitarse y actualizarse continuamente. En general, en personas con discapacidad la patología bucodental de origen infeccioso (caries, enfermedad periodontal) tiene más prevalencia, ya sea por causas inherentes a la patología de base como por las limitaciones de la discapacidad (higiene bucodental inadecuada o ausente). En desórdenes neuromusculares severos encontramos presencia de maloclusiones; en patologías de origen genético, alta incidencia de hipocalcificaciones, hipoplasia, amelogénesis imperfecta, lesiones severas de la

mucosa bucal. Las diferentes complejidades de la patología bucodental y las disfunciones orofaciales ameritan el trabajo con protocolos basados en evidencia científica (Scagnet, 2018).

En Argentina, la atención odontológica de personas con discapacidad comenzó, en los años ochenta, a nivel universitario, como contenido mínimo en cátedras de odontopediatría, y a nivel de salud pública, en instituciones y hospitales de asistencia específica a personas con trastornos mentales, motores y sensoriales. A nivel privado, la atención se realizaba mayoritariamente bajo anestesia general, y en su mayoría era mutilante: se efectuaban solamente extracciones y no rehabilitación odontológica integral. En 1983, en la Ciudad de Buenos Aires se creó un área específica de atención para discapacidad en la Asociación Odontológica Argentina, una vez a la semana. No hubo otras ofertas de servicios odontológicos públicos gratuitos y abiertos a la comunidad hasta que, en 1984, se creó el Servicio de Pacientes con Discapacidad en el entonces Instituto de Odontología Infantil del barrio porteño de La Boca, perteneciente al Ministerio de la Nación, que hoy es el Hospital de Odontología Infantil “Don Benito Quinquela Martín”, en el que se atienden niños con diferentes tipos de patologías discapacitantes, continuando en la actualidad con una gran demanda de atención. La filosofía de atención inclusiva de forma ambulatoria –dejando la atención bajo anestesia general únicamente en casos de muy difícil abordaje– comenzó en las instituciones citadas, y en los años noventa esta modalidad ambulatoria de atención se diseminó hacia otras instituciones del país, formándose grupos que trabajan de modo interdisciplinario, generalmente en el ámbito hospitalario. A raíz de varios encuentros de los diferentes pequeños grupos del país, en 1999 se creó la Asociación Argentina de Odontología para Personas con Discapacidad (AAODI), cuyo objetivo es trabajar en capacitaciones y jornadas en todo el país, a fin de estimular la formación de especialistas de distintas regiones que den respuesta a las necesidades de atención de esta población. En 2018, en el área de la educación universitaria se logró dar inicio a la Carrera de Especialización en Odontología Integral para personas con Riesgo Médico y Discapacidad, que se dicta en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, por lo que Argentina será el segundo país de Latinoamérica que contará con especialistas, luego de Brasil, que tiene esta especialidad desde el año 2000” (Scagnet, 2018). La Atención de Pacientes Especiales es un curso que se ciñe a la voluntad facultativa de la institución de contar con él. Investigaciones afirman que cuando el futuro profesional de odontología tiene la oportunidad de vivenciar experiencias con pacientes con necesidades especiales

durante la carrera, se muestra más seguro y dispuesto a atender a dicha población cuando ya es profesional. Muchas personas con necesidades especiales tienen dificultad de encontrar odontólogos dispuestos a cubrir sus requerimientos y que cuenten con servicios accesibles para ellos. Muchos cirujanos odontólogos rechazan atender pacientes especiales por falta de entrenamiento, preparación, experiencia, entendimiento, miedo y una inhabilidad de establecer vínculo.

2.3 Informe mundial sobre la discapacidad:

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental. En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas. Para lograr las perspectivas de desarrollo, mejores y más duraderas, que están en el corazón de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015 y más allá, debemos emancipar a las personas que viven con alguna discapacidad y suprimir los obstáculos que les impiden participar en las comunidades, recibir una educación de calidad, encontrar un trabajo digno y lograr que sus voces sean escuchadas.

El Informe mundial sobre la discapacidad propone medidas para todas las partes interesadas – incluidos los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de personas con discapacidad– para crear entornos favorables, promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social, crear políticas y programas inclusivos, y aplicar normas y legislaciones, nuevas o existentes, en beneficio de las personas con discapacidad y la comunidad en general. Las personas con discapacidad deberán ocupar un lugar central en esos esfuerzos. La visión que nos

impulsa es la de un mundo inclusivo en el que todos podamos vivir una vida de salud, comodidad y dignidad. (OMS, 2011)

En las entrevistas realizadas a los odontólogos profesionales del Municipio de Mercedes, en términos generales todos coincidieron que en hoy por hoy las personas con discapacidad están incluidas dentro del sistema de salud pero que siempre hay cosas para mejorar, como por ejemplo desde las estructuras edilicias de los Centros de Atención Primaria hasta la incorporación de nuevos profesionales para trabajar de manera interdisciplinaria, capacitándose de manera constante y el aumento de los recursos económicos que simplifiquen la tarea del día a día.

¿Cuáles son los obstáculos discapacitantes? Tanto la CDPD como la CIF subrayan el papel que desempeña el entorno para facilitar o restringir la participación de las personas con discapacidad. El Informe aporta pruebas sustanciales de los obstáculos a que se enfrentan, como los siguientes:

- Políticas y normas insuficientes. La formulación de políticas no siempre tiene en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, o bien no se hacen cumplir las políticas y normas existentes. Por ejemplo, en lo referente a las políticas educativas inclusivas, una revisión de 28 países que participaron en la Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos comprobó que 18 de ellos proporcionaban muy poca información sobre las estrategias propuestas para incluir a los niños con discapacidad en las escuelas, o no mencionaban en absoluto la discapacidad o la inclusión. Un déficit habitual en las políticas educativas es la falta de incentivos económicos y de otro tipo orientados a que los niños con discapacidad acudan a la escuela, así como la falta de servicios de apoyo y protección social para los niños con discapacidad y sus familias.

- Actitudes negativas. Las creencias y prejuicios constituyen obstáculos para la educación, el empleo, la atención de salud y la participación social. Por ejemplo, las actitudes de los maestros, administradores escolares, otros niños e incluso familiares influyen en la inclusión de los niños con discapacidad en las escuelas convencionales. Los conceptos erróneos de los empleadores de que las personas con discapacidad son menos productivas que sus homólogos no discapacitados, junto con el desconocimiento de los ajustes disponibles para llegar a acuerdos, limitan las oportunidades de empleo.

- Prestación insuficiente de servicios. Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo. Según los datos de cuatro

países de África meridional, solo el 26-55% de las personas recibía la rehabilitación médica que necesitaba; el 17-37% recibía los dispositivos auxiliares que necesitaba; el 5-23% recibía la formación profesional que necesitaba, y el 5-24% recibía los servicios de bienestar social que necesitaba. Una investigación realizada en los estados indios de Uttar Pradesh y Tamil Nadu comprobó que, después del costo, la falta de servicios en la zona era la segunda razón más frecuente por la que las personas no acudían a los centros de salud.

■ Problemas con la prestación de servicios. La mala coordinación de los servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar a la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para las personas con discapacidad. Según los datos de la Encuesta Mundial de Salud en 51 países, las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia carecían de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria. Muchos cuidadores están mal remunerados y tienen una formación insuficiente. Un estudio efectuado en los Estados Unidos de América encontró que el 80% de los asistentes sociales no tenía formación ni cualificaciones formales.

Financiación insuficiente. Los recursos asignados a poner en práctica políticas y planes son a menudo insuficientes. La falta de financiación efectiva es un obstáculo importante para la sostenibilidad de los servicios, sea cual sea el nivel de ingresos del país. Por ejemplo, en los países de ingresos altos, entre el 20 y el 40% de las personas con discapacidad no tienen cubiertas sus necesidades de asistencia para las actividades cotidianas. En muchos países de ingresos bajos y medianos, los gobiernos nacionales no pueden proporcionar servicios adecuados, y los proveedores comerciales de servicios no están disponibles o no son financieramente asequibles para la mayoría de las familias. Un análisis de la Encuesta Mundial de Salud de 2002-04 en 51 países señaló que las personas con discapacidad tenían más dificultades que las personas sin discapacidad para obtener exenciones o reducciones de los costos de atención de salud.

■ Falta de accesibilidad. Muchos edificios (incluidos los lugares públicos) y sistemas de transporte y de información no son accesibles a todas las personas. La falta de acceso al transporte es un motivo habitual que desalienta a las personas con discapacidad a buscar trabajo o que les impide acceder a la atención de salud. Los informes de los países que tienen leyes sobre la accesibilidad, aun en el caso de que éstas tengan una

antigüedad de 20-40 años, confirman un bajo nivel de cumplimiento. Se dispone de poca información en formatos accesibles, y no se satisfacen muchas necesidades de comunicación de las personas con discapacidad. Las personas sordas a menudo tienen problemas para acceder a un servicio de interpretación en lengua de señas: una encuesta efectuada en 93 países puso de manifiesto que 31 de ellos no tenían ningún servicio de interpretación, mientras que 30 países tenían 20 o menos intérpretes cualificados. Las personas con discapacidad, en comparación con las no discapacitadas, tienen tasas significativamente más bajas de uso de tecnologías de información y comunicación, y en algunos casos es posible incluso que no puedan acceder a productos y servicios tan básicos como el teléfono, la televisión o internet.

- Falta de consulta y participación. Muchas personas con discapacidad están excluidas de la toma de decisiones en cuestiones que afectan directamente a su vida. Por ejemplo, donde las personas con discapacidad no pueden decidir y controlar cómo se les preste apoyo en sus hogares.

- Falta de datos y pruebas. La falta de datos rigurosos y comparables sobre la discapacidad y la falta de pruebas objetivas sobre los programas que funcionan pueden dificultar la comprensión e impedir que se adopten medidas. Conocer el número de personas con discapacidad y sus circunstancias puede mejorar los esfuerzos para eliminar obstáculos discapacitantes y proporcionar servicios que permitan la participación de las personas con discapacidad. Por ejemplo, para facilitar la identificación de intervenciones ambientales rentables deben estudiarse mejor el entorno y sus efectos sobre los diferentes aspectos de la discapacidad. (OMS, 2011).

2.4 Educación y discapacidad.

En cuanto a lo educativo la ley provincial de educación, ley número 13688 con sus actualizaciones de las leyes número 13850, 14044, 14222 y 14362, en el artículo 5 garantiza y se cita textualmente que “La Provincia, a través de la Dirección General de Cultura y Educación, tiene la responsabilidad principal e indelegable de proveer, garantizar y supervisar una educación integral, inclusiva, permanente y de calidad para todos sus habitantes, garantizando la igualdad, gratuidad y la justicia social en el ejercicio de este derecho, con la participación del conjunto de la comunidad educativa”.

Es decir que a partir de la promulgación de la ley Provincial de Educación, la modalidad de educación especial asume y define los enfoques pedagógicos, institucionales y curriculares, tendientes a dar respuesta a las diferentes necesidades educativas derivadas de la discapacidad, siempre en articulación con los niveles obligatorios del Sistema Educativo Provincial. Estos enfoques se definen de esta manera explícitamente para garantizar el derecho a una educación de calidad que asegure la igualdad de oportunidades y justicia social para todos los niños, adolescentes, jóvenes y adultos de nuestra provincia, con necesidades educativas derivadas de la discapacidad.

2.5 Organización de la modalidad de Educación Especial.

Las escuelas y centros de Educación Especial se organizan de acuerdo con las características atendidas en los distintos niveles educativos de tal manera que estos se dividen en:

- Centros de atención temprano del desarrollo infantil.
- Escuela de la modalidad para alumnos con discapacidad auditiva, alumnos con discapacidad visual, alumnos con discapacidad motora, alumnos impedidos de concurrir al servicio educativo, alumnos con trastornos emocionales severos, alumnos con discapacidad intelectual y alumnos con trastornos específicos del lenguaje.
- Centros de formación integral para adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad.

Teniendo en cuenta la amplitud geográfica de la Provincia y la necesidad de inclusión de los niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad el Ministerio de Cultura y Educación propone que la escolaridad de los alumnos puede ser:

- Escolaridad con proyectos de integración.
- Escolaridad en centro o escuela sede de educación especial.

Teniendo en cuenta, lo volcado y analizado hasta el momento, en el presente trabajo, se ve la necesidad de arbitrar medios para hacer llegar lo actuado hasta el Ministerio de Educación, a los efectos de ponerlo en conocimiento de la importancia y necesidad de rever la conformación de los Gabinetes /Equipos Transdisciplinarios que funcionan en las diferentes escuelas de Educación Especial.

Considerando que:

- El tránsito desde el paradigma centrado en aspectos médicos y psicométricos hacia el centrado en aspectos educativos y curriculares implica cambios en la misión y funciones del Equipo Transdisciplinario.
- Que la atención de las Necesidades Educativas Especiales demanda del trabajo cooperativo y participativo de todos los integrantes del Equipo en el diagnóstico, construcción de adaptaciones curriculares y evaluación del proceso.
- Que es necesario replantear los roles desde cada cargo en los aspectos referidos al alumno y sus contextos.

Y, teniendo conocimiento que estos Gabinetes /Equipos Transdisciplinarios, están constituidos por, Médicos, Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, psicopedagogos y kinesiólogos sería interesante poder incluir en esta conformación también, un Odontólogo, por tres razones importantísimas, a saber:

a- Detectar casos que estén presentes en el Establecimiento, ejerciendo de esta manera una diagnosis temprana.

b- Establecer y estrechar vínculos con los alumnos. El Gabinete está en constante contacto con los alumnos y esto da por resultado un intercambio fluido en un clima de confianza y seguridad, tan necesario a la hora de atender esta población con necesidades especiales.

c- Tener en cuenta que en la mayoría de los casos esta franja de la Población una vez que egresan del Sistema Educativo, raramente se mantienen en las condiciones sanitarias necesarias. Y una detección y tratamiento precoz a nivel odontológico, puede ser la solución para una dentición saludable.

2.6 Sinonimia, causas y tipos:

Actualmente este colectivo comenzó a utilizar el término “niño con capacidades diferentes”. La discrepancia está en el lenguaje o sea en el significado que tiene para la sociedad estos términos, ya que se puede pensar que un niño con discapacidad tiene menos capacidades que el resto, lo que, a modo personal es erróneo ya que no son inferiores a otros niños o a nosotros mismos. Son múltiples las causas que pueden producir una discapacidad tanto física como mental o ambas. Para hacer más fácil, se dividirán en dos tipos:

Prenatales (afectan al niño en gestación):

- Edad y nutrición materna: un estudio realizado sobre “edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido” indica que las complicaciones del recién nacido más comunes son el bajo peso al nacimiento, prematuridad, óbito, mayor riesgo de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), síndrome de dificultad respiratoria, asfixia perinatal, etc. Por otra parte, se estima que un embarazo a los 35 y 40 años incrementa en 1 y 2.5%, respectivamente, el riesgo de desarrollar malformaciones congénitas. Hasta dos tercios de los abortos en madres de edad avanzada presentan alguna alteración cromosómica, como es el caso del síndrome de Down en el que a partir de los 35 años existe un riesgo progresivo de desarrollarlo. (Macías y cols. 2018). En cuanto a lo nutricional, es muy común que si la madre no lleva una dieta saludable y completa afecte al bebé en gestación.
- Drogas, alcoholismo, radiación, medicación durante la gestación.
- Enfermedades de la madre durante el embarazo: como por ejemplo la toxoplasmosis (conocida como la enfermedad de los gatos), HIV, rubeola, etc.
- Causas genéticas: malformaciones cerebrales como la hidro o microcefalia, hemorragia intercraneanas.

Perinatales (afectan al niño durante el parto):

- Asfixia neonatal: hipoxias, apneas.
- Prematurez extrema (nacido antes de las 28 semanas).
- Lesiones traumáticas cerebrales.
- Infecciones neonatales (sepsis)

Posnatales (afectan al niño durante la niñez).

- Incompatibilidad de Rh.
- Traumatismos de cráneo por accidentes o maltrato infantil.
- Meningitis, sarampión, poliomielitis.
- Enfermedades del sistema nervioso.
- Desnutrición.
- Contaminación con químicos del agua, de los alimentos, etc.

En cuanto a la discapacidad física y psíquica, la CIF adecua su clasificación a los procesos de diagnóstico, para tomar en cuenta no solo el enfoque médico sino también al individuo como un ser biopsicosocial, o sea su condición de discapacidad en relación con su entorno social. Así es que cada paciente es analizado en tres niveles: una parte del cuerpo, el individuo en conjunto y el funcionamiento a nivel social. Sin embargo,

según lo aprendido durante la cursada de Odontología Integral Niños I en la Universidad Nacional de La Plata, se clasifico a los pacientes con discapacidades en tres subgrupos para simplificar la misma:

- Pacientes con capacidades diferentes.
- Pacientes de riesgo médico.
- Pacientes portadores de malformaciones craneofaciales.

1- Pacientes con capacidades diferentes.

1. a Trastornos musculo esqueléticos:

Artritis reumatoidea: enfermedad crónica, idiopática, pero se estima que su causa es autoinmune. El paciente tendrá inflamación del revestimiento de las articulaciones, dolor, hinchazón y calor, la más afectada desde el punto de vista odontológico es la ATM. Cuando esta afecta a los niños se la conoce como artritis reumatoidea juvenil.

1. b Trastornos neuromusculares: parálisis cerebrales.

Son síndromes causados por una lesión en el sistema nervioso central secundario a una encefalopatía, cuyo trastorno es motor e irreversible y puede asociarse con dificultades tanto sensoriales, como alteraciones psiquiátricas y convulsiones. Su etiología es variada y puede ser por una infección, anoxia, toxemia del embarazo, prematurez extrema, incompatibilidad del PH, hipoglucemia al nacer y algunas puede ser idiopáticas o con antecedentes anormales. Las más comunes son la espasticidad, donde el paciente tiene hipertonia muscular con rigidez y mono, para o cuadriplejia. Ataxia, donde hay trastornos de la marcha provocando desequilibrio y falta de coordinación, dificultad para tomar objetos y sentarse erguidos entre otras. Y por último la atetosis donde se produce una hipotonía muscular, el paciente tiene movimientos involuntarios de las manos y los pies que en conjunto con los movimientos no predictibles de la cabeza y cuello parecen contorsiones.

1. c Pacientes con trastornos mentales:

- Intelectuales:

La discapacidad intelectual está en relación directa con el coeficiente intelectual. Por definición, es el funcionamiento intelectual por debajo del promedio que se da durante el desarrollo y es concomitante con el deterioro del aprendizaje y adaptación social o maduración o ambos.

La clasificación de los desvíos de la inteligencia según Biondi en su libro *Odontopediatría en pacientes con discapacidad* es:

Grados de discapacidad intelectual.	Coficiente intelectual.
Nivel intelectual normal.	85- 115.
Nivel borderline	70- 85.
Retardo mental leve.	55- 70.
Retardo mental moderado.	40- 55.
Retardo mental severo.	25- 40.
Retardo mental profundo.	Menos de 25.

La diferencia con otros trastornos es que no hay deterioro del paciente, pero si una desaceleración del desarrollo y una diferencia importante entre la edad mental y la cronológica. Su origen es multifactorial y la conjugación de estos factores que la forman, condicionan las diversas manifestaciones clínicas.

Los factores etiológicos se dividen:

- Prenatales: aquí entran los genéticos como el síndrome de Down o trisomía 21, hipercalcemia, hipoparatiroidismo, cretinismo bocioso: infecciones maternas como sífilis o rubeola.
- Perinatales: la prematurez o retraso en el parto y lesiones cerebrales durante el parto por los fórceps.
- Postnatales: infecciones como la meningitis o meningoencefalitis, enfermedades metabólicas o intoxicaciones crónicas por ejemplo con plomo, arsénico o drogas.

Síndrome de Down:

Es una de las anomalías congénitas asociadas a la discapacidad intelectual causada por un cromosoma extra que hay en el par 21. Alrededor del 95% de los casos corresponde a una verdadera trisomía, mientras que el 5% restante presenta diferentes anormalidades cromosómicas, como traslocación, trisomía parcial y la última expresión, mosaicismo. Algunas de sus manifestaciones físicas son facies anchas y planas, baja estatura, ojos rasgados, iris moteado, miembros, dedos y cuello cortos con acumulación de piel en la nuca y obesidad. Sistémicamente hablando, la mayoría presenta cardiopatías congénitas, hipotiroidismo, problemas con la visión y audición, alteraciones inmunitarias, celiaquía

o enfermedades gastrointestinales congénitas, hipotonía asociada a su talla baja y son propensos a infecciones respiratorias.

- De personalidad:

Para conocer si el paciente niño tiene realmente una discapacidad psíquica, se debe entender primero la estructura y desarrollo de la personalidad para diferenciar entre lo normal y lo que es patológico. Se conocen entonces, tres distribuciones de diferencia clínica para diagnosticar y tratarlas según Freud:

Estructura neurótica: donde podemos encontrar en la infancia manifestaciones de angustia. La angustia está definida como una señal de peligro ante una excitación externa o interna que el niño no puede dominar. Hasta los dos años de edad pueden tener reacciones o comportamientos intensos como la angustia que presenta el lactante cuando lo separan de su madre. Después de los dos años pueden presentar ansiedad crónica, es decir que el niño expresa de maneras verbales algunas preocupaciones que atañen a su salud o su entorno a través de los juegos. Entre los 2 y 8 años pueden tener manifestaciones ligadas al sueño, como angustia al acostarse o durante el sueño, mismo tener pesadillas con episodios dramáticos o despertares angustiosos. Generalmente se consideran normales este tipo de episodios o más bien esperables teniendo en cuenta la edad, pero no deberán ser considerados así cuando intervienen en su vida cotidiana o persisten en el tiempo. Por el contrario, deberán ser consideradas como patológicas ya que traen consecuencias en su vida y su desenvolvimiento a nivel social.

Fobias: son miedos relacionados a objetos o situaciones que en realidad no tienen un peligro objetivo acompañados de comportamientos de evitación o reaseguramiento. Se debe tener en cuenta que evolucionan conjuntamente con la evolución de la edad del niño y es justamente por eso que podemos encontrar alrededor de los dos años de edad fobia a la oscuridad. Entre los 3 y 4 años tienen cierta fobia a los animales en su mayoría de gran tamaño y en la pre- adolescencia y adolescencia fobias escolares, con un deseo imperativo de permanecer en la casa más allá de tener interés escolar. En general estas fobias son temporales, interfieren poco en la vida del niño y además son limitadas, pero deben considerarse patológicas cuando son intensas, de carácter invasor y persistente.

Estructura psicótica: donde hay alteraciones en las relaciones sociales del niño. En sus primeros años puede haber desapego y dificultades para vincularse a través de la mirada. A los cinco años, hay conflicto para relacionarse socialmente. Le cuesta

entablar relaciones con sus pares y percibir sentimientos y respuestas de otras personas, es rutinario e inflexible al cambio de su entorno. El desarrollo lingüístico está alterado, es monótono al hablar y se toma todo de manera literal, o sea no hay espacio para metáforas o doble sentido.

Autismo: el trastorno del espectro autista (TEA) es una afección neurológica, considerada una psicosis desarrollada en la primera infancia detectable mayormente entre los 18 meses y 3 años, que dura para toda la vida. Es llamado trastorno del espectro porque diferentes personas con TEA pueden tener gran variedad de síntomas distintos. Como particularidad presenta pérdida de contacto con la realidad e incapacidad para comunicarse con los demás de manera visual, verbal o física, y comportamientos repetitivos.

De igual forma, pueden presentar dañada el área del lenguaje, tanto en la comprensión como en el uso, ecolalia (repetición en forma de eco de lo que oye) y ecolalia demorada (el paciente repite una palabra fuera de contexto). Pueden ser extremadamente perturbables, suelen maniobrar un objeto tras otro sin jugar realmente con ellos, así como también estudiarlo durante un largo tiempo. Pueden tener movimientos repetitivos como correr en círculo, batir con los brazos, hamacarse de adelante hacia atrás o inversamente y se debe tener en cuenta que en el TEA se ven alterados en mayor o menor grado las áreas de la interacción social, comunicación, juego imaginativo y rangos de intereses y actividades.

Su etiología es desconocida, pero se cree que tanto los genes como el ambiente juegan un papel clave. Actualmente no hay tratamiento estándar, pero es importante que sea detectado de manera temprana, porque cuanto antes suceda, antes se podrá comenzar a estimular al niño para obtener resultados positivos y que aprenda nuevas habilidades.

Dentro este trastorno, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (DCI) se encuentra también el síndrome de Asperger donde el niño tiene un coeficiente intelectual normal o por encima de este, con talentos excepcionales, pero complicaciones importantes en cuanto a las relaciones sociales, la pronunciación y ubicación de palabras en un contexto.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): es una afección crónica donde se combinan algunos trastornos como déficit de atención, hiperactividad y comportamiento impulsivo. La dificultad para su diagnóstico está, en que muchos de los niños de edad escolar presentan los mismos comportamientos o síntomas de TDAH

como parte de su desarrollo normal. Mientras que otros niños gradualmente empiezan a dejar tales comportamientos, los niños con TDAH no los dejan y esta diferencia es cada vez más clara cuando los años pasan. El entorno de la escuela puede resaltar los problemas de un niño relacionados con falta de atención, impulsividad e hiperactividad, debido a que las actividades de la clase demandan una cantidad mayor de enfoque, paciencia y autocontrol. Estos tipos de demandas no son tan prevalentes en la casa o en los grupos de juego, así es que en esos entornos el niño podría haber tenido menos problemas. El tratamiento se basa en tres áreas: conductual, educacional y farmacológica.

1. d Trastornos sensoriales: dentro de este grupo están los niños con dificultades auditivas como la sordera y visuales como la ceguera. En cuanto a los niños con ceguera, es muy importante diferenciar cuando son invidentes de nacimiento por tener problemas congénitos o si lo son por ejemplo por algún accidente. En los primeros se buscará activar la imaginación para facilitar la recreación de objetos, y en los niños que son invidentes por causa de algún accidente se le describirá el objeto con todos los detalles para que recurran al recuerdo o a la asociación. En cuanto a los trastornos de la comunicación, el profesional deberá adaptarse a la manera de comunicación que el niño utilice en su hogar.

2- Pacientes de riesgo médico.

Son aquellos pacientes que tienen una enfermedad sistémica de base, que suelen tener manifestaciones bucales, que pueden ser consecuencia de dicha enfermedad. A pesar de que el profesional debe tenerlas en cuenta a la hora de la consulta para no correr riesgos, estos trastornos o discapacidades no influyen en el hecho de que el niño acuda o no a escuelas especiales, por ese motivo solo serán nombradas en este capítulo.

- Trastornos vasculares sanguíneos:
- Enfermedades cardíacas congénitas y adquiridas.
- Fiebre reumática.
- Hemofilia.
- Leucemia.
- Trastornos metabólicos y endocrinológicos.
- Diabetes.
- Trastornos del sistema respiratorio.

- Asma bronquial.
- Trastornos del sistema neurológico
- Epilepsia.
- Trastornos renales.
- Insuficiencia renal aguda y crónica.
- Insuficiencia renal terminal.
- Afecciones renales terminal.
- Afecciones renales adquiridas.
- Pacientes sometidos a diálisis y a trasplante de riñón.

3- Pacientes portadores de malformaciones craneofaciales.

Fisura labio-alveolo-palatina (FLAP).

Es una malformación de las estructuras de la cara, más precisamente de la zona orofaringofacial que afecta al labio superior, la región alveolar, piso de fosas nasales, ala de la nariz y al paladar duro y paladar blando de manera amplia, que se produce durante el desarrollo fetal previo al nacimiento. Estas son consideradas como las malformaciones congénitas que se encuentran en mayor porcentaje durante el nacimiento, de hecho, en el año 1954 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró como un “problema de salud, que ocupa el noveno lugar entre las diez malformaciones congénitas más frecuentes y a su vez ocupa el primer lugar dentro de las malformaciones que afectan al cuello y cara”. Pueden variar para ser solo una hendidura mínima que afecta el bermellón o extenderse desde el mismo hasta la base de la nariz, dividiendo al paladar primario por delante del agujero palatino.

En cuanto a la incidencia, el Dr. Monasterio y Cols. Determina que “La fisura palatina aislada se presenta en 0,4/1.000 recién nacidos vivos y es más frecuente en la mujer. A diferencia de la fisura labial su incidencia es menor y no muestra una marcada diferencia en los distintos grupos étnicos”. En Argentina, 1 de cada 700 niños nacidos tiene labio leporino (Bennun, 2011) y su etiología es multifactorial dependiendo de los factores desconocidos, de los genéticos y ambientales. Su diagnóstico es a través de una ecografía convencional que se realiza a la embarazada en el primer trimestre del embarazo y este suele confirmarse con una ecografía en 4D, que se realiza entre las semanas 22 y 26, que da mayor información para planificar la llegada, el tratamiento y el cuidado del recién nacido, como lo necesita.

CAPITULO III.

Hasta el momento, en los capítulos anteriores, se describió como es la atención general en niños, haciendo un recorrido en la historia para saber cómo fue y como es el ejercicio mismo de la odontología. Se reseñó y definió que era una discapacidad y como se clasificaban para ir de lo general a lo particular y de lo particular al detalle ya que es importante primero conocer los términos de lo que se considera normal para poder entender así, lo que es patológico. Ergo, en este capítulo se describirán específicamente como es el tratamiento en niños con discapacidades teniendo en cuenta la discapacidad misma, sus conductas y el tratamiento que deben recibir.

“El mayor desafío para este tipo de atención es que no envuelve únicamente a la persona con discapacidad, sino también a su familia. Lo cual es medida fundamental para una atención humana, amplia y eficiente, con apoyo psicosocial y orientaciones para la realización de las actividades de vida cotidiana. En la odontología, hay necesidad de entablar una relación de confianza entre el profesional y sus pacientes, en el sentido de minimizar situaciones amenazadoras y estresantes. El conocimiento científico y habilidad técnica no son suficientes en esta relación, pues cada paciente es único y especial, por exhibir grados diferentes de comportamiento de salud y diferentes dificultades para adecuarse a ciertas situaciones. Dentro del contexto de promoción de la salud bucal, la atención de pacientes con necesidades especiales (PNE) exige conocimiento no siempre disponible en cursos formadores, tanto en pregrado como posgrado. Estas necesidades odontológicas son innumerables, agravadas por la negligencia con las que son abordadas por todo el universo de personas que las rodean, sean familiares o hasta profesionales de salud. El área de salud más descuidada tal vez sea la misma odontología. En parte, debido a que la familia se envuelve más con el problema médico, considerándolo prioritario, relegando la salud bucal para un segundo plano. Otro problema es la falta de cirujanos dentistas con conocimiento suficiente para la atención de estos pacientes” (Cançado Figueiredo, M. y cols 2019).

Según Luengas (2017) las personas con discapacidades constituyen un reto (al igual que cualquier paciente) para el odontólogo, el cual tiene que capacitarse para poder diseñar estrategias idóneas para su atención. Además, la ansiedad de los padres respecto de los problemas asociados con un niño con discapacidades, frecuentemente demora la

consulta odontológica hasta que se ha desarrollado una enfermedad bucal significativa, lo cual perjudica la atención. Lograr confianza con el paciente y la familia, preparar el escenario, hacernos conocer y demostrar interés resulta beneficioso durante todo el tratamiento.

Los tratamientos odontológicos para estas personas son poco convencionales, es decir que hay que adaptar las técnicas conforme a las particularidades del individuo, y no tener como única referencia los criterios tradicionales. Hay que pensar en intervenciones a veces poco invasivas, preocuparse más por restaurar la función que lo estético. Adicionalmente es conveniente tomar mayores precauciones en su atención odontológica, debido a que consumen una gran cantidad y variedad de medicamentos, así, el odontólogo puede apoyarse en otros especialistas para su manejo. La prevención es la mejor herramienta para tratar a estos pacientes, la cuestión es que generalmente llegan al consultorio por un problema bien establecido, no por un control. Un punto importante a tener en cuenta sobre las características particulares de la atención odontológica es que ésta se da cara a cara es decir, el equipo de salud, tiene que generar confianza y enfrentar con paciencia y destreza el reto que significa atender a un paciente con discapacidades, la formación técnica del profesional es crucial, pero no es suficiente, ya que desde el punto de vista moral un buen profesional busca en su desempeño la excelencia no sólo técnica, sino su realización como ser humano, esa búsqueda de bienes internos es la que permite alcanzar un estado de bienestar íntimo y la satisfacción con la tarea realizada (Luengas 2017). Si no se puede obtener la cooperación del paciente, por consecuencia de haber sido rechazado en varios consultorios o por mal enfoque integral para el manejo del niño, Luengas (2017) aconseja derivar e insistir en realizar un programa preventivo claramente explicado y demostrado.

- ¿Tuvo experiencia atendiendo niños con discapacidad? De ser así ¿cómo fue la experiencia?
- *“Si, tuve experiencia y para mí fue increíble y muy positiva. Aprendí que hay que tener paciencia, escuchar, darle tiempo al paciente, y darme tiempo a mi como profesional, para generar una ida y vuelta o simplemente explicar con sencillez con palabras lo que yo iba a realizar con mis manos e instrumental. Además, eso hizo que el paciente y sus padres se sintieran tranquilos”. (Odontóloga del Municipio de Mercedes, Provincia de Buenos Aires).*

Hay que recalcar la importancia de los controles trimestrales o semestrales y no concurrir solamente en casos de urgencia. Si la comunicación con el paciente es posible, debemos ser claros, cariñosos, hablar lentamente y en términos sencillos. Presentar al paciente y la familia el personal de salud es muy importante, así como también conocer todo el espacio del consultorio, forma parte de la motivación necesaria para lograr el éxito en el tratamiento.

Teniendo en cuenta lo aprendido durante la cursada de Odontología Integral Niños (FOLP-UNLP) debemos tener en claro que el tratamiento odontológico es una de las necesidades de salud no resuelta en las personas con discapacidades.

Es de fundamental importancia destacar la necesidad de brindar al paciente, a través del odontólogo, la atención adecuada para evitar en lo posible, las enfermedades bucodentales. La prevención, atención y rehabilitación de la población no termina en el individuo común, el paciente con discapacidades requiere también un control de la salud bucal y un seguimiento de la patología detectada. Debemos brindarles acciones tendientes a mejorar, conservar y preservar la salud bucal, desarrollando e intensificando hábitos preventivos que redunden en beneficios de la salud general. (Compendio de Odontología integral niños III. La Plata: Centro de copiados FOLP. 2017).

Por otro lado, es relevante evaluar el significado que reviste la relación odontólogo-paciente. Cuando ingresa al consultorio dental, el paciente lleva consigo toda una forma de reaccionar frente a los procedimientos odontológicos que comprometen su boca, llega con sentimientos contradictorios. Es en la primera consulta donde se despliegan los sentimientos del paciente respecto al tratamiento odontológico y al odontólogo. Esta es la oportunidad para que el profesional intervenga para proveer un ambiente psicológico de seguridad, que permita develar temores y ansiedades propias a la situación de atención dental. El cuidado de la salud oral es un esfuerzo de dos personas, no el trabajo de una persona sobre la otra. Para tal efecto el odontólogo debe ser flexible cuando deba hacer modificaciones en el plan de tratamiento cada vez que surja alguna necesidad particular en el paciente respecto al mismo. De esta manera sí se maximiza el estatus de igualdad odontólogo-paciente, al mismo tiempo se minimiza la posibilidad de interrupciones dentro de la interacción. En este sentido es vital comprender que dicha relación está conformada por una tríada (odontólogo-niños-padres), la cual es única e igualitaria, así se posibilita una interacción realista y no fantasiosa, una relación de este

tipo no es afectada por la ansiedad o la preocupación del paciente acerca del tratamiento dental. Considerando a Szasz y Hollender (1987) propusieron tres modelos básicos en la relación odontólogo-paciente; 1) Actividad-pasividad, 2) Guía-cooperación y 3) Participación mutua. En la primera el odontólogo le hace algo al paciente, el que a su vez sólo cumple con el rol de recibir el tratamiento, en este modelo se reconstituye la dinámica padre-hijo. En el segundo el odontólogo le dice al paciente lo que le va a hacer, señalando éste su acuerdo, nuevamente se establece una relación padre-hijo. En la tercera el odontólogo le sugiere y negocia con el paciente el tratamiento a realizar, en una clara relación de igual condición. En esta última modalidad el odontólogo reconoce el potencial del paciente y comprende que éste no es un ignorante respecto a lo que se le debe hacer como tratamiento, sino que siempre sabe algo. En esta interacción la alianza de tratamiento se fortalece, favoreciendo en definitiva una mayor responsabilidad del paciente sobre su propia salud oral (Rojas Alcayaga, G, & Misrachi Launert, C. 2004).

En cuanto al estado de salud bucal en los pacientes niños con discapacidades es clave entender la relación directa entre la dieta que se ingiere cotidianamente y las patologías encontradas. Si además a esto le sumamos los factores propios de la discapacidad como por ejemplo deglución atípica, alteraciones en la masticación, dificultad para expresar hambre, etc. se podrá ver que estas enfermedades bucales se instalan y prevalecen.

Una de las estrategias para establecer un vínculo con el paciente es la del dibujo. Hay que tener en cuenta que este tipo de pacientes, desde el nacimiento está relacionado con el sistema de salud a través de experiencias que pueden ser violentas, negativas y dolorosas, por eso llevar a cabo la motivación a través de juegos y dibujos es importante para establecer una buena relación. Con el dibujo, el profesional puede evaluar destrezas del tipo motoras y trasladar esto a una futura técnica de higiene oral correcta. El dibujo dependerá de su evolución perceptiva-motriz, desarrollo intelectual, características propias de su personalidad y su mundo interior: sentimientos, temores, experiencias previas, deseos. En cuanto al juego, este puede realizarse desde la espera en la sala o dentro de la consulta para que comience a relacionarse con la práctica odontológica y disminuir los niveles de ansiedad y angustia. Es crucial entender que, si el paciente discapacitado no tiene ningún impedimento a nivel orgánico, podrá realizar el dibujo como cualquier otro niño, en cambio si hay alguna discapacidad a nivel intelectual esta se verá reflejada en el gráfico, pero esto no le restará valor alguno desde el punto de vista humano.

En consecuencia, el dibujo es un arma importante dentro de la consulta odontológica para poder llegar al niño y establecer así un buen vínculo. Por medio de este, el paciente expresara sus miedos, enojos, agresiones o conformidades y el profesional deberá dejarlo dibujar lo que quiera sin darle muchas indicaciones o ayuda externa ya que las imperfecciones son expresivas y significativas.

3.1 Atención odontológica según las diferentes discapacidades.

A continuación, se desarrollarán las pautas para la atención según las diferentes discapacidades ya que previamente se determinó cuáles son, cuál es tu etiología y que hay que tener en cuenta al momento de la atención.

Pacientes con trastornos musculo-esqueléticos:

- Artritis y artritis reumatoidea juvenil: las articulaciones más afectadas son las muñecas, rodillas, caderas y la más significativa a nivel odontológico es la ATM. Hay que tener en cuenta que, si el paciente está medicado con AINES habrá estomatitis secundaria, retraso en la cicatrización postquirúrgica, gingivorragia, xerostomía y trismus por verse afectada la articulación. Es conveniente que sea citado a la consulta en horas de la tarde, con sesiones cortas, ya que presentan rigidez y dolor musculo-articular por la mañana. Se debe evitar la apertura máxima, la sobrecarga y los traumatismos a la hora de la inspección e indicar dietas blandas para eludir las masticaciones prolongadas. El profesional puede considerar colocar en el sillón complementos que hagan que la columna vertebral del paciente se mantenga derecha para que no se generen dolores durante la consulta. Es necesaria la profilaxis antibiótica previa al tratamiento invasivo y muchas veces es necesario solicitar un hemograma completo y tiempo de coagulación por las hemorragias por anemia hipocrómica asociada a la medicación. De esta manera los procedimientos odontológicos considerados de rutina, no presentan problemas y pueden realizarse en el consultorio, pero cabe destacar que la interconsulta con el médico de cabecera del paciente es importante para saber el estado de salud general y la medicación que toma.

Pacientes con alteraciones neuromusculares.

- Espasticidad: algunas de las manifestaciones bucales son clase II segunda división, mordidas cruzadas o sobremordidas, atrición acentuada, zona peribucal comprimida (por la alteración en la función muscular), movimientos linguales

invertidos, alteraciones en la masticación. Deglución y fonación por falta de coordinación y debilidad de los músculos orales, periorales y masticatorios. También tendrán luxación a nivel de los ligamentos y tendones de la ATM.

- Ataxia: habrá fracturas dentarias, mayormente de los incisivos superior, clase II primera división, fracturas de huesos y trastornos del lenguaje.
- Atetosis: al haber laxitud en los tendones habrá problemas en la ATM. Mordida de clase II primera división y respiración bucal, movimientos linguales invertidos y lengua con flacidez.

En este tipo de pacientes habrá bruxismo intenso lo que en consecuencia hará que el paciente cierre de manera involuntaria la mordida. Es clave para los tres casos entender que el odontólogo podrá realizar la atención conveniente con un poco más de tiempo y paciencia, motivando al paciente e incorporando los mecanismos de prevención de manera precoz para evitar futuras complicaciones.

Pacientes con trastornos mentales.

Intelectuales:

- Síndrome de Down o Trisomía del 21: presentan la musculatura de la región orofacial hipotónica, una lengua más grande que el promedio lo cual lleva a una sobre expansión del maxilar inferior con respecto al superior que estará atrésico. Es característico que tengan la boca abierta constantemente, lo que produce queilitis angular, deglución atípica y mordida abierta de clase II de Angle. Generalmente tienen diastemas, puede haber o no un retraso en la erupción de las piezas dentarias, como así también anomalías de forma, número y posición, hipoplasias y sequedad bucal que induce, en menor porcentaje, a la formación de caries dental. Entre otras manifestaciones comunes se encuentra la enfermedad periodontal, además de la gingivitis ulceronecrotizante y se lo atribuye al sistema inmunológico característico en las personas con este síndrome y a cierta predisposición genética, más que a una deficiente higiene bucal. Para las sesiones, que deben ser de corta durabilidad, se lo puede motivar con un espejo para que vea en todo momento lo que se hace. La gran mayoría son pacientes que responden muy bien durante la consulta, pero siempre el profesional puede ayudarse por medio de la sedación local o premedicación, siempre teniendo en cuenta la interconsulta con su médico. El tratamiento en estos pacientes es complejo y difícil, se puede utilizar abre bocas comerciales para estabilizar la apertura bucal y es crucial que el entorno colabore para poder avanzar.

De personalidad:

- Síndrome del espectro autista y TDAH: en el primer caso, se verá que el niño puede acudir a la consulta con algún objeto preciado y que no quiera desprenderse de él. Es importante la comunicación y anticiparles cualquier tipo de modificación en su tratamiento, ya que son niños que se alteran con facilidad si uno los saca de su rutina o hace algo que no estaba previsto. Si no se consigue la comunicación verbal se deben emplear otras vías como la auditiva y la visual, expresarse con gestos, usar computadoras, posters o pizarrones. Es probable que el niño evite el contacto físico o parezcan desprendidos, pero no se debe pensar que expresa sentimientos por algo en particular. Tiene un alto umbral del dolor, les agrada la música y el agua y pueden tener aumentados o disminuidos las percepciones de los sentidos. Por otro lado, el desafío en la atención de los niños con déficit de atención e hiperactividad está en ajustar el nivel de actividad y demandas de la situación ya que la cuestión está en la concentración durante el tratamiento y el cuidado dental. Las sesiones deben ser cortas y repetitivas ya que tienden a imitar los movimientos, es aconsejable reducir los ruidos y vistas que puedan distraerlo y habrá que motivarlo dándole explicaciones claras en tono de orden. Si el niño logra el objetivo en cada paso del tratamiento, es positivo elogiarlo para que siga cooperando.

Sensoriales:

- Ceguera: lo ideal es permitir que los niños toquen y huelan los elementos que se utilizarán ya que estos son dos de los sentidos más desarrollados que ellos tienen. Algo que los caracteriza es que no tiene sentido de la ubicación del espacio, por eso es importantísimo evitar los movimientos inesperados y anticipar cada uno de ellos o apoyarle la mano en el hombro para que logren tener noción espacial.
- Sordera: hay que tener en cuenta que los pacientes con estas características son muy asustadizos por ende hay que evitar tocarlos si no están de frente al profesional o si no tienen visión directa del mismo. Si sabe leer los labios se les deberá hablar con lentitud para que puedan entender de lo contrario es probable que vayan con algún familiar o referente afectivo que les haga de interlocutor durante la consulta. También es viable la comunicación a través de un pizarrón ya que, si sabe escribir, podrá expresarse por ese medio. Al igual que a los niños con ceguera, se los debe dejar oler y tocar el instrumental y materiales por tener más desarrollados esos sentidos. Si este posee un audífono deberá bajarle el volumen o en su defecto que se

lo saque ya que los sonidos que son agudos pueden producirles dolor. Es de destacar que para ambos tipos de características la atención debe ser multidisciplinaria con médicos generales, fonoaudiólogos, psicólogos, maestros, acompañantes terapéuticos y padres. La clave siempre será la prevención para evitar tratamientos invasivos en el futuro.

Pacientes con malformaciones craneofaciales.

- Fisuras labio-alveolo-palatinas (FLAP):

Cuando un recién nacido tiene este tipo de malformación debe ser tratado de manera inmediata no solo por el odontólogo sino por un equipo multidisciplinario, ya que se producen distintas alteraciones anatómicas y funcionales.

La fisura palatina trae en consecuencia una excesiva ventilación, desecación de la mucosa y procesos inflamatorios a repetición, hay problemas con la deglución ya que hay una conexión con la cavidad nasal haciendo que el alimento pase hacia allí. El odontólogo deberá aconsejar a los padres detallando las alteraciones que tendrá como consecuencia de la fisura y luego procederá a tratarlo. Deberá palpar, inspeccionar y reconocer el tipo de fisura para poder realizar el tratamiento ortopédico. Así es como confeccionara la placa ortopédica tipo Mc Neil que permitirá que el neonato se alimente, reposicione la lengua y evite la interposición de la misma. Otras de las funciones de la placa es estimular y orientar el crecimiento orofacial, guiar la erupción dentaria, corregir el colapso del cartílago alar, obturar la comunicación bucosinusal, prevenir un colapso maxilar y restituir el pasaje del aire por la vía clásica.

3.2 Sedación farmacológica en el paciente niño con discapacidades:

Probablemente en más de una sesión el profesional necesite de la sedación farmacológica para tratar a estos pacientes. En este sentido es importante remarcar que se debe realizar una evaluación médica, además de la odontológica, para poder realizar el tratamiento bajo sedación. La sedación consciente es la técnica farmacológica de modificación de la conducta del niño, que permite la disminución del nivel de consciencia de manera que el paciente pueda mantener permeable las vías aéreas en forma independiente y continua, respondiendo de manera adecuada a los estímulos físicos o los comandos verbales, o ambos, lo que indica la capacidad de reacción del

paciente niño. Esta técnica es muy empleada en pacientes con discapacidad porque permite reducir la ansiedad del niño y facilitar así el trabajo del profesional. Además, influye de modo positivo sobre la conducta del paciente, cambia la actitud del niño no cooperador y lo transforma en un paciente receptivo al tratamiento dental.

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) consensuaron las diferentes modalidades de sedación:

- a. Sedación interactuada.
- b. Sedación no interactuada con respuesta física.
- c. Sedación no interactuada, en consultorio, bajo supervisión médica, pero sin requerir vigilancia anestésica monitoreada.

En las modalidades A y B el paciente niño disminuye la situación de estrés emocional o doloroso, pierde la conciencia, tiene los ojos abiertos y está en capacidad de mantener una comunicación verbal, es decir, está despierto pero somnoliento. Los fármacos más utilizados son el hidrato de cloral y la difenhidramina combinados en niños pequeños y el midazolam por vías oral y nasal.

La anestesia general será el último recurso, evitando volverla algo “tradicional” solo por comodidad de los padres o los mismos profesionales.

En este sentido la odontología para este colectivo debe estar formada por un personal e instalaciones idóneas, siendo ésta incluida en todos los programas de salud de atención sanitaria tanto en escuelas, hospitales e instalaciones residenciales auspiciados por el gobierno o bien de carácter privado. El profesional deberá brindar información y experiencia sobre los métodos y técnicas utilizadas para el mantenimiento de la salud de los ciudadanos y cada escuela que forme a los profesionales deberá tener experiencia educativa bien estructurada con respecto a la atención y manejo de este tipo de pacientes. Lograr entender al paciente y sus necesidades es clave para el éxito de la terapia, pero también la sociedad cumplirá un rol fundamental contando con una red de seguridad para los pacientes con discapacidades en donde las terapéuticas especiales puedan ser incluidas en el programa y atendidas sin mayores inconvenientes.

CONCLUSION:

A modo de cierre:

Simplificando lo analizado en este trabajo de investigación final se entiende que la atención para el paciente con discapacidades no es una cuestión de cambios o diferencias en las técnicas llevadas a cabo durante la consulta odontológica, sino que es una capacidad basada en la experiencia, conocimiento y comprensión del profesional, sumados a un deseo legítimo de satisfacer las necesidades de estos pacientes.

Queda claro que la atención odontológica en este tipo de pacientes es un desafío, pero el profesional que decida llevarla a cabo tendrá diversas satisfacciones, desde lo profesional hasta lo personal. En términos generales estos pacientes son incluidos dentro del sistema de salud, pero cabe destacar que siempre hay cosas para mejorar desde varios puntos de vista. Referido a los profesionales el sistema de salud debe capacitarlos de manera constante atento a las actualizaciones del tratamiento en este tipo de pacientes. En cuanto a lo edilicio, se debe contar con estructuras aptas para el ingreso y atención de personas discapacitadas y sortear las barreras geográficas para que estos pacientes puedan continuar y finalizar sus tratamientos.

En conclusión, lo que se busca dentro de la atención odontológica es solucionar los problemas en los pacientes con discapacidades para respetar los derechos a la salud y a una vida integra. Creer que los derechos son pura y exclusivamente responsabilidad de las autoridades es un error ya que la sociedad en conjunto debe ser activa en este sentido, sobre todo los profesionales que deben formarse en el cuidado de la salud de este tipo de pacientes.

Particularmente en el Municipio de Mercedes los profesionales no cuentan con los conocimientos suficientes para atender a este tipo de pacientes lo cual también hace que no puedan ser atendidos de manera correcta y muchas veces terminen abandonando sus tratamientos. Por otro lado, los Centros de Atención Primaria de la Salud no tienen las instalaciones necesarias y eso también dificulta la atención. Finalmente es relevante destacar que a lo largo de la investigación se intentó recolectar datos cualitativos a través de fuentes construidas dentro del sistema de salud pública del Municipio de Mercedes pero después de realizar las entrevistas con los profesionales, ellos coincidieron en que hasta el momento no hay datos estadísticos que aborden la temática planteada en pacientes con discapacidades.

A pesar de los avances y del progreso de la odontología, es menester seguir haciendo grandes esfuerzos para concientizar a los profesionales y a la sociedad misma sobre esta temática y así lograr una atención inclusiva dentro del sistema de salud.

ANEXOS.

Entrevistas semiestructuradas a odontólogos que trabajan en los distintos Centros de Atención Primaria de la Salud.

Entrevista n°1.

1. ¿Cuántos años tiene?
 - Tengo 38 años.
2. ¿Hace cuántos años ejerce la odontología?
 - Hace ya 14 años.
3. ¿En qué centro de atención primaria trabaja o trabajó?
 - Trabajé en el CAPS Blandengues, San José, Güemes, Lomas del Pacífico, Altamira, Agote y actualmente trabajo en el CIC.
4. ¿Hace cuántos años trabaja en el CIC?
 - Hace 11 años que trabajo ahí específicamente.
5. ¿Cómo definiría una discapacidad?
 - A mi entender la discapacidad es una capacidad distinta de vivir o moverse.
6. ¿Tuvo experiencia atendiendo niños con discapacidad?
 - Si, tuve experiencia.
7. De ser así ¿Cómo fue?
 - Para mí fue increíble y muy positiva. Aprendí que hay que tener paciencia, escuchar, darle tiempo al paciente, y darme tiempo a mí como profesional, para generar una ida y vuelta o simplemente explicar con sencillez con palabras lo que yo iba a realizar con mis manos e instrumental. Además, eso hizo que el paciente y sus padres se sintieran tranquilos.
8. En términos generales ¿Por qué motivo concurren a la consulta odontológica?
 - Algunos de los motivos son la excesiva cantidad de saliva, las caries, la respiración bucal etc.
9. ¿Continúan o finalizan sus tratamientos?
 - La mayoría si, los finaliza.
10. De no ser así ¿por qué cree que pasa esto?
 - Quizá se dificulte trasladarlos al lugar de atención o es poca la motivación para ir a atenderse y solo lo hacen ante una urgencia.
11. ¿Qué características tiene la relación odontólogo- paciente niño- Padres?

- Para mí siempre hay que tener comunicación fluida con los padres y el paciente niño. Plantear primero lo que vemos, programar de qué manera y como vamos a resolver las patologías que el niño tiene y sobre todo ser respetuosos de los tiempos que maneja el niño. No todos acceden el primer día a abrir la boca, pero con paciencia y amor todo funciona.

12. ¿Qué cree que es lo más importante dentro del tratamiento odontológico?

- Realizar una buena motivación, mantener en salud lo que se encuentra saludable y tratar de resolver las patologías que aquejan al niño en la medida que este lo permita. Desde ya que también me parece muy importante que el niño continúe con su tratamiento hasta finalizarlo.

13. ¿Cree que los centros de atención primaria están preparados para la atención de estos pacientes?

- Algunos si y otros no tanto.

14. De no ser así ¿Por qué?

- Quizá la estructura edilicia de los CAPS no se acomoda a las necesidades de los pacientes, o mismo las instalaciones del consultorio no permiten que allá comodidad suficiente para atenderlos.

15. ¿Considera que los pacientes con discapacidades son incluidos dentro del sistema de salud?

- Hoy por hoy, considero que sí.

16. ¿Cree que la atención debería mejorar?

- Si, desde varios puntos. Por un lado, mejorar la condición edilicia de los CAPS para que sea más fácil el acceso a los mismos y que haya mayor comodidad. Evaluar la posibilidad de incorporar más profesionales para trabajar de manera interdisciplinaria. Que haya capacitación docente para los profesionales para mantenernos actualizados. Y en cuando a los recursos económicos mejorar la calidad y cantidad de insumos, instrumental, etc.

Entrevista n° 2.

1. ¿Cuántos años tiene?
 - Tengo 29 años.
2. ¿Hace cuántos años ejerce la odontología?
 - Hace ya 5 años.
3. ¿En qué centro de atención primaria trabaja?
 - Trabajo en el camión odontológico municipal ubicado frente al CIC en calle 10 y 65.
4. ¿Hace cuántos años?
 - Desde mis comienzos, así que hace 5 años.
5. ¿Cómo definiría una discapacidad?
 - La defino como la dificultad para desarrollar algunas actividades.
6. ¿Tuvo experiencia atendiendo niños con discapacidad?
 - Si.
7. ¿De ser así, cómo fue la experiencia?
 - Fue una experiencia hermosa.
8. En términos generales ¿Por qué motivo concurren a la consulta odontológica?
 - Por derivación del médico pediatra o ante una urgencia por dolor.
9. ¿Continúan o finalizan sus tratamientos?
 - Si.
10. De no ser así ¿por qué cree que pasa esto?
 - Hasta el momento no me ha pasado que no finalicen su tratamiento.
11. ¿Qué características tiene la relación odontólogo- paciente niño- Padres?
 - Hay mayor colaboración y confianza de parte de los padres.
12. ¿Qué cree que es lo más importante dentro del tratamiento odontológico?
 - Sin lugar a dudas, lo más importante es la prevención.
13. ¿Cree que los centros de atención primaria están preparados para la atención de estos pacientes?
 - Si.
14. De no ser así ¿Por qué?
15. ¿Considera que los pacientes con discapacidades son incluidos dentro del sistema de salud?
 - Por parte de los profesionales, sí.
16. ¿Cree que la atención debería mejorar?

- Creo que siempre hay cosas para mejorar.
17. De ser así ¿Cómo cree que podría hacerse?
- Capacitándonos más y con mayor regularidad.

Entrevista nº 3.

1. ¿Cuántos años tiene?
 - Tengo 27 años.
2. ¿Hace cuántos años ejerce la odontología?
 - Hace 2 años.
3. ¿En qué centro de atención primaria trabaja?
 - En el CAPS San José.
4. ¿Hace cuántos años?
 - Hace dos.
5. ¿Cómo definiría una discapacidad?
 - Es una alteración que afecta al sistema motriz de un individuo.
6. ¿Tuvo experiencia atendiendo niños con discapacidad?
 - Sí, atendí a un nene con retraso madurativo, alteraciones en las extremidades y era sordomudo.
7. ¿De ser así, cómo fue la experiencia?
 - Fue regular porque si bien captó el mensaje a través de la madre no pude llevar a cabo el tipo de atención que pretendía.
8. En términos generales ¿Por qué motivo concurren a la consulta odontológica?
 - En la mayoría de los casos concurren por urgencias.
9. ¿Continúan o finalizan sus tratamientos?
 - si creo que siguen sus tratamientos porque si sienten dolor, deben solucionar la patología.
10. De no ser así ¿por qué cree que pasa esto?
11. ¿Qué características tiene la relación odontólogo- paciente niño- Padres?
 - Debe ser comprensiva y con templanza. Con paciencia por parte del profesional y didáctica al mismo tiempo. Expresarse de la manera más clara posible con los padres o tutores, para generar confianza y así establecer la triada.
12. ¿Qué cree que es lo más importante dentro del tratamiento odontológico?

- La enseñanza y el aprendizaje de estos pacientes en cuanto a la higiene bucal controlada, así se puede evitar futuras complicaciones.
13. ¿Cree que los centros de atención primaria están preparados para la atención de estos pacientes?
- No, no creo que estén preparados.
14. De no ser así ¿Por qué?
- Por falta de estructura, simplemente por eso.
15. ¿Considera que los pacientes con discapacidades son incluidos dentro del sistema de salud?
- Si considero que sí.
16. ¿Cree que la atención debería mejorar?
- No. El paciente que concurre al CAPS es atendido, pero si su discapacidad requiere de un tratamiento más complejo debe ser trasladado a un centro de atención especializada.
17. De ser así ¿Cómo cree que podría hacerse?

Entrevista nº 4.

1. ¿Cuántos años tiene?
 - Tengo 38 años.
2. ¿Hace cuantos años ejerce la profesión?
 - En 2008 me recibí y en seguida empecé a trabajar...así que hace 13 años.
3. ¿En qué centro de atención primaria trabaja?
 - En el camión del CIC.
4. ¿Hace cuántos años?
 - Desde el 2016.
5. ¿Cómo definiría una discapacidad?
 - Es una disfunción ya sea motora, psíquica o social.
6. ¿Tuvo experiencia atendiendo niños con discapacidad?
 - Si, hace poquito atendí a un paciente con Síndrome de Down. También atendí a pacientes con autismo, retraso madurativo y tuve también una paciente ciega.
7. ¿De ser así, cómo fue la experiencia?
 - A mí me encanta, es estresante pero muy linda.

8. En términos generales ¿Por qué motivo concurren a la consulta odontológica?
 - La mayoría de las veces concurren por dolor.
9. ¿Continúan o finalizan sus tratamientos?
 - Depende de cómo uno lo trate y como este educado el paciente. Primero siempre se resuelve la urgencia y luego hay que hacerles entender a los padres que esos nenes deben volver a la consulta para seguir con su tratamiento.
10. De no ser así ¿por qué cree que pasa esto?
 - Lamentablemente el paciente que viene por urgencia está acostumbrado a que acá en Mercedes no haya especialistas que los trate. Entonces viene a la consulta, se le soluciona el problema y después no vuelven más.
11. ¿Qué características tiene la relación odontólogo- paciente niño- Padres?
 - Debemos tener en cuenta que esta relación ya comienza en casa. Es importante que los padres le expliquen al nene a donde va a ir, porque y que se le va hacer. Cuando ese nene llega el consultorio, él es el centro de atención, a mí me interesa que él me acepto como profesional después si tenemos la colaboración de los padres, genial pero el principal es el niño, si él nos acepta se continua con el tratamiento.
12. ¿Qué cree que es lo más importante dentro del tratamiento odontológico?
 - La prevención.
13. ¿Cree que los centros de atención primaria están preparados para la atención de estos pacientes?
 - Particularmente acá en Mercedes, no. De hecho yo estoy acá en el camión y para poder ingresar hay una escalera y eso hace que si algún paciente tiene sillas de ruedas no pueda entrar.
14. De no ser así ¿Por qué?
 - Por falta de estructura, simplemente por eso.
15. ¿Considera que los pacientes con discapacidades son incluidos dentro del sistema de salud?
 - No, todavía falta mucho.
16. ¿Cree que la atención debería mejorar?
 - Me parece que algunos profesionales tienen que abrir más la cabeza, porque en realidad si uno se pone a pensar la calidad de atención va a ser la misma para una persona con discapacidad como para aquellas que no tienen ninguna.

17. De ser así ¿Cómo cree que podría hacerse?

- Haciendo más promoción de salud para las personas con discapacidad. Que los profesionales dejen de tener miedo y que no miremos al paciente con cara rara para poder involucrarse con lo que pasa.

Entrevista nº 5.

1. ¿Cuántos años tiene?

- Tengo 27 años.

2. ¿Hace cuántos años ejerce la odontología?

- Hace 4 años.

3. ¿En qué centro de atención primaria trabaja?

- Estuve en la sala de atención primaria barrio Blandengues y formo parte del equipo de salud bucal Municipalidad de Mercedes que trabaja en el camión del CIC.

4. ¿Hace cuántos años?

- Hace 4 años.

5. ¿Cómo definiría una discapacidad?

- Es la falta de capacidad, ya sea intelectual, sensorial.

6. ¿Tuvo experiencia atendiendo niños con discapacidad?

- Si.

7. ¿De ser así, cómo fue la experiencia?

- la experiencia fue buena, pero hay que tener mucha paciencia.

8. En términos generales ¿Por qué motivo concurren a la consulta odontológica?

- Por policarías y mala higiene.

9. ¿Continúan o finalizan sus tratamientos?

- Depende, por lo general abandonan, cuando se les soluciona el problema.

10. De no ser así ¿por qué cree que pasa esto?

- Por falta de educación y atención de los padres hacia la salud bucal.

11. ¿Qué características tiene la relación odontólogo- paciente niño- Padres?

- Por mi experiencia si hay colaboración por parte de los padres, es buena la relación. En otros casos, hay desinterés por parte de los padres, y solo se soluciona lo que causa dolor

12. ¿Qué cree que es lo más importante dentro del tratamiento odontológico?

- la eficacia y el poder llegar a transmitir la información necesaria y requerida. Sobre todo cambiar hábitos.
13. ¿Cree que los centros de atención primaria están preparados para la atención de estos pacientes?
- Podría ser mejor.
14. De no ser así ¿Por qué?
- Por falta de insumos, y falta de capacitación hacia los profesionales, no solo odontólogos.
15. ¿Considera que los pacientes con discapacidades son incluidos dentro del sistema de salud?
- Muy pocas veces.
16. ¿Cree que la atención debería mejorar?
- Sí, siempre
17. De ser así ¿Cómo cree que podría hacerse?
- Generando capacitación hacia los profesionales, interconsultas profesionales, trabajar en conjunto, unificar criterios.

Entrevista nº 6.

1. ¿Cuántos años tiene?
- 31 años.
2. ¿Hace cuántos años ejerce la odontología?
- Hace dos años.
3. ¿En qué centro de atención primaria trabaja?
- En el CAPS San José.
4. ¿Hace cuántos años?
- Hace dos años.
5. ¿Cómo definiría una discapacidad?
- La definiría como la condición bajo la cual personas presentan alguna falta o limitación física o mental.
6. ¿Tuvo experiencia atendiendo niños con discapacidad?
- Tuve experiencias en diferentes momentos. Por un lado durante un viaje con el voluntariado de la facultad de odontología que realizamos atención odontológica

en una escuela de capacidades diferentes antes de recibirme y por otro lado, ya ejerciendo de odontóloga en el municipio de Mercedes.

7. ¿De ser así, cómo fue la experiencia?

- La experiencia fue difícil, me costó muchísimo poder llevar a cabo la atención a pesar de ser familias muy colaboradoras y bien dispuestas. Me di cuenta que durante la formación de grado no me habían brindado herramientas suficientes para poder abordar mejor la atención en niños con discapacidad por ende me sentí muy insegura en cuanto a cómo llevar adelante la consulta y en cuál sería la mejor forma de realizar un tratamiento odontológico en esos casos ya que me vi imposibilitada en poder hacer una práctica odontológica.

8. En términos generales ¿Por qué motivo concurren a la consulta odontológica?

- Principalmente por dolor, a mi criterio eso hace aún más compleja la atención odontológica. En mi experiencia las dos veces que recibí un paciente con discapacidad en el centro de atención asistieron por dolor y no pude resolverlo.

9. ¿Continúan o finalizan sus tratamientos?

- En mis dos experiencias no continuaron ni pudieron finalizar el tratamiento por que no volvieron a asistir a la consulta.

10. De no ser así ¿por qué cree que pasa esto?

- Pienso que principalmente por falta de información de los padres y prevención. Por otro lado por no estar capacitados ni formados para llevar adelante este tipo de atención y además por no contar con las instalaciones correspondientes tampoco.

11. ¿Qué características tiene la relación odontólogo- paciente niño- Padres?

- Buena y cercana, por lo general hay una comunicación fluida y muy buena predisposición de todas las partes.

12. ¿Qué cree que es lo más importante dentro del tratamiento odontológico?

- Que los padres se lleven principalmente las herramientas para la prevención de enfermedades bucales y hábitos de higiene.

13. ¿Cree que los centros de atención primaria están preparados para la atención de estos pacientes?

- Considero que no están preparados para la atención de estos pacientes.

14. De no ser así ¿Por qué?

- Porque hace falta pensar y diseñar mejor las estructuras y equipamientos de los centros para la atención de estos pacientes y más inversión en la salud pública para acondicionarlos.
15. ¿Considera que los pacientes con discapacidades son incluidos dentro del sistema de salud?
- Considero que actualmente estamos en un proceso de transición para que realmente puedan llegar a estar incluidos en el sistema. A mi criterio todavía hay muchas falencias en el sistema.
16. ¿Cree que la atención debería mejorar?
- Si.
17. De ser así ¿Cómo cree que podría hacerse?
- Capacitaciones para profesionales y familias. Que se realicen más programas y proyectos de salud para niños con discapacidad. Que se mejoren las instalaciones de los diferentes centros y que haya mejor acompañamiento del sistema de salud para las familias de estos niños.

Entrevista semiestructura a familiares/ referentes afectivos.

Entrevista n° 1.

1. ¿Cuántos años tiene?
 - Tengo 28 años.
2. ¿A qué se dedica?
 - Soy ama de casa.
3. ¿Cuál es el parentesco o relación afectiva que tiene con el niño?
 - Soy la madre.
4. ¿Cuál es la discapacidad que tiene?
 - Tiene un retraso madurativo y es sordomuda.
5. ¿Cuándo fue diagnosticado?
 - Ella fue diagnosticada al poco tiempo de nacer.
6. ¿El niño concurre a una escuela especial?
 - Si, va a la escuela número 504 que es un centro de atención especial.
7. De no ser así ¿Tiene acompañante terapéutico?
8. ¿Concurre de manera frecuente al odontólogo?

- Solía llevarla a un odontólogo privado, pero se me hizo imposible sostenerlo por eso hace tiempo que no va.
9. A la hora de la consulta odontológica ¿Cómo reacciona?
- Ella reacciona bien, se deja atender. Pero yo tengo que estar presente para explicarle con señas lo que va a pasar.
10. ¿Considera que los niños con discapacidad están incluidos dentro del sistema de salud y que satisface la necesidad de los niños?
- Generalmente creo que sí. Pero con la odontología siempre fue difícil, porque en lugares públicos no la han podido atender y por eso termine yendo a un privado.
11. De no ser así ¿Que cree que haría falta?
- Me gustaría que haya odontólogos que se dediquen a atender niños discapacitados como mi hija.
12. ¿De qué manera se comunica el niño?
- Se comunica solo por señas.
13. ¿Comprende las indicaciones dadas por el profesional?
- No, pero ella sabe en todo momento donde está.
14. ¿Toma alguna medicación?
- Hace un año dejo de tomar toda la medicación.
15. ¿Conoce acerca de las interacciones de los medicamentos?
- No.
16. ¿Tuvo dificultad para recibir asistencia médica u odontológica?
- En cuanto a lo médico no, de hecho, la han operado de los oídos acá en Mercedes. De la odontología puedo decir que siempre la lleve al sector público por urgencias y fueron solucionadas.
17. De ser así ¿Por qué?

Entrevista n° 2.

1. ¿Cuántos años tiene?
 - Tengo 38 años.
2. ¿A qué se dedica?
 - Soy ama de casa.
3. ¿Cuál es el parentesco o relación afectiva que tiene con el niño?
 - Soy la mama.

4. ¿Cuál es la discapacidad que tiene?
 - Mi hijo tiene Síndrome de Down, traqueolaringomalasia, enfermedad de Hirprung y tiene también una cardiopatía congénita.
5. ¿Cuándo fue diagnosticado?
 - En la semana 35 de embarazo me dijeron que tenía una cardiopatía pero nunca supieron decirme que tipo de cardiopatía era. Finalmente en la semana 38 me lo confirmaron.
6. ¿El niño concurre a una escuela especial?
 - Por el momento no porque es un jardín maternal, va al Maternal nº 1 de Mercedes y ahora por la pandemia lo hace de manera virtual.
7. De no ser así ¿Tiene acompañante terapéutico?
 - Si, tiene y también tiene estimulación temprana.
8. ¿Concurre de manera frecuente al odontólogo?
 - Si, se hace los controles. Además sus dientes tienen una característica, soy muy porosos y se manchan con facilidad.
9. A la hora de la consulta odontológica ¿Cómo reacciona?
 - A él le encanta.
10. ¿Considera que los niños con discapacidad están incluidos dentro del sistema de salud y que satisface la necesidad de los niños?
 - Todavía falta para decir que realmente están incluidos, hay mucha carencia en los servicios públicos.
11. De no ser así ¿Que cree que haría falta?
 - La gente, sobre todo los profesionales de la salud, le ponen muy buena voluntad, pero hacen faltas mejoras en los edificios y también educar a la gente para que dejen de ver a la persona discapacitada como un ser raro.
12. ¿De qué manera se comunica el niño?
 - Se comunica de manera verbal y gestual. En el caso de él, es más gestual por la traqueotomía que tuvo durante dos años.
13. ¿Comprende las indicaciones dadas por el profesional?
 - Si el entiende todo.
14. ¿Toma alguna medicación?
 - No, lo único que le hago a él son micro enemas o lavajes intestinales.
15. ¿Conoce acerca de las interacciones de los medicamentos?

- Algo, sí.

16. ¿Tuvo dificultad para recibir asistencia médica u odontológica?

- Odontológica no porque nunca la necesite, pero medica sí.

17. De ser así ¿Por qué?

- Al principio todo fue caótico. Cuando salimos de la internación el necesitaba una sonda de respiración, una bomba de leche y la medicación que tomaba en ese momento. Cuando me dieron todo y llegue a mi casa me di cuenta que la bomba estaba rota, no tenía sonda para alimentarlo ni para limpiarlo en fin...luche tanto que me terminaron dando cosas nuevos pero no sé si en todos los casos es así. La última vez que fuimos al hospital no teníamos ni siquiera cama, nos hicieron los controles en el pasillo del hospital.

BIBLIOGRAFIA.

Salud: odontológico.

- Mc Donald y Avery. (2018). Odontología pediátrica y del adolescente. Editorial Elsevier. España. Recuperado a partir de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/91846>
- Biondi A.M. Cortese S. Odontopediatría: fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Editorial Alfaomega. Año 2011. Cap 23, 25.
- Boj J. y Col. Odontopediatría: la evolución del niño al adulto joven. Editorial Ripano. Año 2010.
- Flores Cano, Juan Carlos, Lizama Calvo, Macarena, Rodríguez Zamora, Natalie, Ávalos Anguita, María Eugenia, Galanti De La Paz, Mónica, Barja Yañez, Salesa, Becerra Flores, Carlos, Sanhueza Sepúlveda, Carolina, Cabezas Tamayo, Ana María, Orellana Welch, Jorge, Zillmann Geerds, Gisela, Antilef, Rosa María, Cox Melane, Alfonso, Valle Maluenda, Marcelo, & Vargas Catalán, Nelson. (2016). Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. Revista chilena de pediatría. Chile.
- Córdoba, D., España, S., & Tapia, G. (2012). Conocimientos y actitud de los odontólogos en la atención de personas con discapacidad intelectual. Universidad Y Salud. Recuperado a partir de <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/126>
- Odontología integral niños III. La Plata: Centro de copiado FOLP. 2017
- Cruz roja http://www.cruzroja.es/portal/page_pageid=418,12398047&_dad=portal30&_schema=PORTAL30
- UNICEF (2013). Estado mundial de la Infancia: niños y niñas con discapacidad. New York: UNICEF. Recuperado a partir de https://www.unicef.org/ecuador/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf
- OMS (2011). Informe mundial sobre discapacidad. Recuperado de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Macías Villa, Héctor Luis Guillermo, Moguel Hernández, Alejandro, Iglesias Leboreiro, José, Bernárdez Zapata, Isabel, & Braverman Bronstein, Ariela.

(2018). Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(2), 125-132. Recuperado en 06 de julio de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200125&lng=es&tlng=es)

Normativa:

- Ley Nacional 22.431/81. <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/LeyN%C2%BA-22431-Sistema-de-Protecci%C3%B3n-Integral-de-losDiscapacitados.p>
- Ley Provincia 13688. Texto actualizado con las modificaciones introducidas por Ley 13850, 14044, 14222 y 14362.