



**UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO**
DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

TEMA:

**“SISTEMAS DE COMUNICACIÓN APLICADOS EN LA SESIÓN
ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD”**

AUTORAS:

**ADRIANA GÓNGORA MUÑOZ
RAISSA MACÍAS PONCE**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. VÍCTOR ARMENDÁRIZ ESPINOZA. Mg. Ge

PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Dr. Víctor Armendáriz Espinoza Mg. Ge. Certifica que la tesis de la investigación titulada “**Sistemas de comunicación aplicados en la sesión odontológica en pacientes con discapacidad**” es trabajo original de ADRIANA ELIZABETH GÓNGORA MUÑOZ Y RAISSA CAROLINA MACÍAS PONCE, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Víctor Armendáriz Espinoza. Mg. Ge
DIRECTOR DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

“Sistemas de comunicación aplicados en la sesión odontológica en pacientes con discapacidad”

Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

.....
Dra. Ángela Murillo Almache Mg. Sp
PRESIDENTA

.....
Dr. Víctor Armendáriz Espinoza Mg. Ge
DIRECTOR DE TESIS

.....
Dr. Wilson Espinosa Estrella Mg. Ge
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
Dr. Fabricio Loor Alarcón Mg. Ge.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado “**Sistemas de comunicación aplicados en la sesión odontológica en pacientes con discapacidad**”, pertenece exclusivamente a las autoras.

.....

Adriana Elizabeth Góngora Muñoz

.....

Raissa Carolina Macías Ponce

DEDICATORIA

A mis padres Julio y Adriana por haberme apoyado siempre, por su paciencia, por sus consejos, sus valores, por la motivación que me ha permitido ser una persona de bien, por sus ejemplos de perseverancia y constancia, pero más que nada por su amor.

A mis hermanas Karen y Erika por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mi sobrina Lina por sacarme una sonrisa en esos momentos difíciles.

A mis abuelitos Jorge y Marlene por ser mis pilares en mis primeras enseñanzas y aunque ya no están aquí siempre los llevaré en mi corazón.

A mis tías Marisol y Alexandra por ser como mis segundas madres. Y a mis tíos Jefferson, Patricio y David por ser mis guías en el camino correcto.

A todos los amo.

Adriana Elizabeth Góngora Muñoz

DEDICATORIA

A mi familia, la base fundamental de mi vida, a mis padres que han estado presentes en todo momento y con sacrificio y amor, supieron motivarme moral y materialmente para culminar mis estudios, obtener un título y así asegurarme una vida productiva y clara en el futuro.

A mis hermanas Sandra y Roxana, a mis sobrinas Samy y Sabri que me han apoyado y motivado a seguir adelante siempre.

Raissa Carolina Macías Ponce

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme salud, amor y una gran familia en mi vida.

A mis padres que con su esfuerzo, amor y apoyo incondicional he logrado culminar mi carrera.

A mis hermanas y a mi sobrina por esos momentos agradables y reconfortantes.

A mis abuelitos y a mis tíos por su sabia educación y cariño desmedido.

A todos mis amigos, de manera especial a la china y Brisi por su amistad sincera y ayuda desinteresada, se les agradece.

A todos mis docentes de la Universidad por impulsar el desarrollo de mi formación profesional que me servirá en adelante, en especial a la Dra. Ángela Murillo por su valioso aporte en la presente tesis y predisposición de tiempo.

Adriana Elizabeth Góngora Muñoz

AGRADECIMIENTO

Gracias a mis padres que son un claro ejemplo de superación, siempre hicieron lo posible para que yo continuara mis estudios y estuvieron siempre pendientes de mí, son lo mejor de mi vida, cómo no agradecerles si lo han dado todo por mí.

A mis hermanas, Sandra y Roxana, a mis sobrinas Samy y Sabri a quienes amo y agradezco toda la felicidad que le dan a mi vida. A mis amigas Adriana y Briseida, con quienes he pasado momentos muy lindos y siempre he contado con su apoyo incondicional.

Raissa Carolina Macías Ponce

SUMARIO

La presente tesis es una investigación con el tema “Sistemas de comunicación aplicados en la sesión odontológica en pacientes con discapacidad”, tiene como propósito ayudar a que exista una buena comunicación entre los odontólogos y los pacientes con discapacidad, ya que un buen tratamiento tiene como base fundamental una buena comunicación.

En el primer capítulo se expone el planteamiento del problema en el cual manifiesta que existe un número muy alto de personas discapacitadas a nivel mundial, y por lo tanto son un grupo de prioridad, que merece una atención especial y de calidad en todos los sentidos.

La formulación del problema se planteó de la siguiente manera: ¿Cómo inciden los sistemas de comunicación en la sesión odontológica de los pacientes con discapacidad que acuden a las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1? La justificación conlleva el porqué de la investigación, la importancia, el propósito, los beneficios que darán y la factibilidad de la misma; luego se describe la formulación de los objetivos de la presente investigación tanto generales como específicos.

Luego la hipótesis se describe de la siguiente manera: los sistemas de comunicación aplicados a las personas con discapacidad que acuden a los Centros de Salud del Distrito N° 1 inciden significativamente en el éxito de la consulta.

En el segundo capítulo que es el marco teórico se estudia todo lo relacionado con la fundamentación bibliográfica de ambas variables en la que se explica la sesión

odontológica y los protocolos de atención para cada una de las diferentes discapacidades más frecuentes, así mismo los sistemas de comunicación en la consulta odontológica y el manejo de la conducta de los pacientes con discapacidad.

En el tercer capítulo se detalla la metodología de la investigación, los métodos utilizados para realizar la misma, los tipos de investigación, las técnicas que se utilizaron, los instrumentos, recursos y los materiales, como también se detalla la población y el tamaño de la muestra, el tipo de muestreo que se utilizó y cómo fue posible la recolección de la información.

En el cuarto capítulo se analizan los diferentes resultados obtenidos de las encuestas y las fichas de observación realizadas en cada unidad de salud del Distrito N°1, representados en cuadros y gráficos, así mismo el análisis de cada uno de los resultados, conclusiones, recomendaciones y la bibliografía.

Finalizando el quinto capítulo en el que se expone la propuesta y los anexos que dan fe del trabajo investigativo realizado.

SUMMARY

This thesis is an investigation on the topic "Communication systems applied in the dental session in patients with disabilities", aims to help there is good communication between clinicians and patients with disabilities, because good treatment is good communication foundation. In the first chapter outlines the problem statement in which it stated that there is a very high number of people with disabilities worldwide and therefore are a priority

group that deserves special attention and quality in every way. The formulation of the problem was posed as follows: What affect communication systems at the session dental disabled patients who come to the operating units of the Health District N°. 1? Justification brings the reason for the research, importance, purpose, benefits and feasibility given the same, then describes the formulation of the objectives of this research both general and specific. Then the hypothesis is described as follows: communication systems applied to people with disabilities who attend the District Health Centers N°.1 significantly impact the success of the consultation. In the second chapter is the theoretical framework is studied everything about the foundation literature of both variables in explaining the session and dental care protocols for each of the different disabilities frequently, also communication systems in the dental and behavioral management of patients with disabilities. In the third chapter the research methodology, the methods used to perform the same, types of research, the techniques used, the tools, resources and materials, as also detailed population and size sample, the type of sampling that was used and how it was possible the collection of information. In the fourth chapter discusses the different results of the surveys and observation forms made in each District Health Unit N°. 1, represented in tables and graphics, also the analysis of each of the findings, conclusions, recommendations and bibliography. Completing the fifth chapter that presents the proposal and exhibits attest to the research conducted.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	II
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	III
DECLARATORIA DE AUTORÍA.....	IV
DEDICATORIA.....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
AGRADECIMIENTO.....	VIII
SUMARIO	IX
SUMMARY	X
ÍNDICE DE CONTENIDOS	XII
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
CAPÍTULO I	4
1. EL PROBLEMA.....	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.4. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.....	8
1.4.1. Objetivo general.....	8
1.4.2. Objetivos específicos	8
1.5. HIPÓTESIS.....	8
CAPÍTULO II	9
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. MARCO INSTITUCIONAL	9
2.2. SESIÓN ODONTOLÓGICA	11
2.2.1. Sesión odontológica en pacientes con discapacidad.....	11

2.2.2. Conocimiento en pacientes discapacitados	14
2.2.3. Atención odontológica.....	54
2.2.4. Miedo	62
2.2.5. Colaboración en la consulta odontológica	65
2.3. SISTEMAS DE COMUNICACIÓN.....	69
2.3.1. Experiencia profesional.....	69
2.3.2. Ansiedad.....	89
CAPÍTULO III	96
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	96
3.1. MÉTODOS.....	96
3.1.1. Modalidad básica de la investigación.	96
3.1.2. Nivel o tipo de investigación	96
3.2. TÉCNICAS.....	96
3.3. INSTRUMENTOS	97
3.4. RECURSOS.....	97
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	98
3.5.1. Población	98
3.5.2. Tamaño de la muestra	98
3.5.3. Tipo de muestreo.....	99
3.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	99
CAPÍTULO IV	100
4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.....	100
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	100
4.1.1. Cuadros y gráficos de encuestas dirigidas a los odontólogos de las unidades operativas del distrito de salud N° 1	100
4.1.2. Cuadros y gráficos de ficha de observación al odontólogo en la consulta de pacientes con discapacidad	105
4.1.3. COMPARACIÓN DE CUADROS.....	255
4.2. CONCLUSIONES	262
4.3. RECOMENDACIONES.....	263
4.4. BIBLIOGRAFÍA.....	264

CAPÍTULO V	270
5. PROPUESTA.....	270
5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO	270
5.2. JUSTIFICACIÓN.....	270
5.3. MARCO INSTITUCIONAL	271
5.4. OBJETIVOS.....	273
5.4.1. Objetivo general.....	273
5.4.2. Objetivos específicos	273
5.7. DISEÑO METODOLÓGICO.....	274
5.8. PRESUPUESTO.....	275
5.9. SOSTENIBILIDAD	275
5.10. FUENTE DE FINANCIAMIENTO	275
ANEXOS.....	276

INTRODUCCIÓN

La sesión odontológica debe tener un buen aspecto físico, un ambiente cálido y debe brindar una prestación de servicios de forma eficiente y oportuna, mucho más si se trata de atención a un paciente con discapacidad. Realizar una buena anamnesis, conocer todo lo necesario sobre la discapacidad y saber manejar las actitudes que se presentan en cada uno de estos pacientes, forma parte importante para realizar un buen tratamiento odontológico.

Las discapacidades que con más frecuencia se presentan en la consulta odontológica son la parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, poliomielitis, hidrocefalia, distrofia muscular, lesión medular, amputación de extremidades, artritis reumatoide, retraso mental, síndrome de Down, autismo, discapacidad visual y discapacidad auditiva. Una buena coordinación médico-odontólogo contribuirá a brindar una atención odontológica de calidad, el involucramiento del responsable de la persona con discapacidad en la consulta será muy útil para obtener información y el consentimiento para realizar el tratamiento que necesite el paciente.

El miedo es un sentimiento presente en la mayoría de los pacientes que llegan a la consulta odontológica, se puede presentar por diferentes causas, y es el principal motivo por el cual el individuo no colabora en la consulta. Para controlar o disminuir el temor del paciente se lo debe hacer sentir seguro, formar un ambiente de confianza y motivación, teniendo siempre presente que la comunicación es la base de un tratamiento exitoso. Conocer las técnicas de comunicación y manejo de la conducta ayudará a controlar la ansiedad en el

tratamiento odontológico e incluso a formar una buena relación odontólogo-paciente.

ANTECEDENTES

La discapacidad es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo (Gobierno Nuevo León de México. (s.f.). Nuevo León unido. *¿Qué es la discapacidad?* Recuperado de http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad).

En el Ecuador, las personas con discapacidad vivían marginadas, en medio de una situación de exclusión y pobreza, sin oportunidades ni esperanza de ser incluidos en las políticas públicas del país. Esta realidad cambió cuando el 23 de mayo de 2007, el Gobierno, elevó a política de Estado al programa Ecuador Sin Barreras de la vicepresidencia de la República.

Ante el olvido, el descuido y la urgencia por atender las necesidades de todas las personas con discapacidad, nacen dos históricas misiones solidarias: la Manuela Espejo y la Joaquín Gallegos Lara. La primera para estudiar y registrar a las personas con discapacidad a nivel nacional y la segunda para cuidar a los ecuatorianos más vulnerables y olvidados, aquellos que tienen discapacidad intelectual, física severa o multi-discapacidad (Ecuador ama la vida. (s.f.).

Programas de la Vicepresidencia de la República. *Ecuador sin barreras*. Recuperado de <http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas/>).

La misión “Manuela Espejo”, que estudió la situación de los discapacitados en Ecuador, registró más de 294.000 personas con discapacidad con una prevalencia del problema de 2,43 por ciento. La misión presentó su informe nacional luego de visitar casi 1.300.000 hogares, en 221 cantones de las 24 provincias del país andino, entre julio de 2009 y noviembre de 2010.

Los discapacitados se ubican especialmente en la provincia costera de Guayas (74.800 casos) y en Pichincha (45.000 casos). Su distribución por sexo es de 49,57% en mujeres y 50,3% en hombres. La misión que toma el nombre de una de las precursoras de la independencia, es el primer estudio biopsicosocial, clínico y genético de la discapacidad en Ecuador (Lagla, A. (3 de diciembre de 2010). La discapacidad en Ecuador. *Ultimas Noticias*. Recuperado de <http://www.ultimasnoticias.ec/noticias/834-la-discapacidad-en-ecuador.html>).

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El manejo de la discapacidad día a día va cobrando mayor interés en la población de profesionales de la salud, fundamentalmente en aquellos que tienen una concepción integralista de la misma. En lo referente a Odontología existen profesionales interesados de manera individual, pero aún a nivel institucional dista mucho de lo deseado pues no se ha captado el problema que representa la atención a personas con discapacidad.

La prevención y el cuidado de la salud dental en los pacientes con discapacidad son importantes para el mantenimiento de la salud general y para proporcionar una mayor calidad de vida en estas personas. Entre las medidas que se deberá abordar a la hora de establecer un plan de salud bucodental en pacientes con discapacidad estará la promoción de la salud de tipo educativo (Lozada, M. (s.f.). *Salud bucodental en pacientes con discapacidad*. Recuperado de www.pasoapaso.com.ve/CMS/images/stories//saludbucodental.pdf).

En España un estudio demostró que el número total de personas residentes en hogares españoles que declaran tener una discapacidad asciende a 3'847.000, lo que supone un 8,5% de la población. De estas personas, 2,30 millones son mujeres frente a 1,55 millones de hombres, lo que en términos relativos significa que si de cada 100 hombres 7 dicen presentar discapacidad, en las mujeres esta relación aumenta a 10 de cada 100. En un total de 3,3 millones de hogares reside al menos una persona con discapacidad, lo que supone un 20% de los hogares

(Gobierno de España, Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (s.f.). *Estrategia española sobre discapacidad 2012-2020*. Recuperado de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/26112/8-4-1/estrategia-espanola-sobre-discapacidad-2012-2020.aspx>).

En América Latina existen 85 millones de personas con discapacidad, entre el 20% y el 30% de los niños con discapacidad asisten a la escuela en la región, entre el 80% y 90% de éstas personas están desempleadas, además informa que hay una estrecha relación entre la discapacidad y la pobreza, que se afectan mutuamente, ellas se ven excluidas de la vida social y económica, y suelen quedar al margen de las medidas destinadas a combatir la pobreza, lo cual también afecta a sus familias y comunidades (Schkolnik, S. (2010). Notas de Población N° 91. *América latina: La medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas*. Recuperado de www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/.../lcg2496-P_8.pdf).

La Escuela Politécnica Nacional del Ecuador, realizó un estudio en conjunto con la Fundación Nacional de Parálisis Cerebral, el cual se dirigió a niños entre 5 a 11 años y jóvenes entre 12 a 25 años con discapacidades mentales y físicas; a través de un tablero portátil electrónico les ayudaría al reconocimiento de objetos cotidianos por nombre y uso, colores, personas, familiares, actividades y expresión de sentimientos, se manejó con 10 niños de los cuales 8 respondieron satisfactoriamente a la investigación (Calvopiña Basantes, A., Chicaiza Chiquito, V. (2006). *Construcción de un tablero electrónico utilizando las técnicas de comunicación alternativa aumentativa para niños con parálisis cerebral y/o retardo mental de grado leve o moderado*. (Proyecto previo a la obtención del título de

tecnólogo en electrónica y telecomunicaciones). Escuela Politécnica Nacional. Quito).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo inciden los sistemas de comunicación en la sesión odontológica de los pacientes con discapacidad que acuden a las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Una persona con discapacidad es aquella cuando su condición psicológica, expresión social y trabajo están comprometidos por déficits físicos o mentales, y que le impide alcanzar su pleno potencial en las actividades cotidianas. Existen problemas dentarios que surgen por alguna condición discapacitante. Compresión y paciencia son los componentes vitales para el manejo eficaz del paciente discapacitado. El estomatólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente. Debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención oral.

La Asociación Latinoamericana de Odontología para Pacientes Especiales, ha señalado que existe similitud en esta problemática a nivel de toda la región por lo cual se necesita que los profesionales encargados de la salud bucodental, incorporen en su formación y asuman en su práctica profesional una actitud proclive a desarrollar planes de trabajo para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad.

Es de suma importancia que el odontólogo sepa llegar al paciente y sus padres o acompañantes, que establezca una buena comunicación entre ambos ya que ésta

es la base fundamental para emprender un tratamiento exitoso en el paciente con discapacidad. Aplicar las diversas técnicas o métodos de comunicación realmente facilitará y mejorará la relación entre el paciente y el profesional, por lo tanto habrá una buena predisposición y colaboración por parte del paciente en su tratamiento.

Para la atención de un paciente con discapacidad es importante que el odontólogo se capacite de una manera especial, no sólo en lo que respecta a la técnica odontológica sino también al manejo de situaciones en el consultorio que inciden en el resultado final de la intervención. Esto se refiere a los aspectos y alternativas psicológicas que se generan en la entidad nosológica, indivisible, formada por el paciente, su familia, y la relación con los medios de cobertura social de que ésta disponga.

El aporte a brindar de esta investigación, fue mejorar la calidad de atención en los pacientes con discapacidades que acuden a los Centros de Salud a través de posibles alternativas de solución al problema.

En la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el año 2008 se realizó una tesis con el tema “Adecuación del área odontológica de la Fundación San Jorge del Fuerte Militar Manabí y su relación con la calidad de atención en niños especiales durante el periodo agosto-diciembre del 2007” por Jesica García Loor y Katty Párraga Palma.

Esta investigación fue factible porque se contó con el apoyo de las autoridades de los centros, subcentros de salud, de los odontólogos, los departamentos estadísticos, familiares de pacientes discapacitados, recursos bibliográficos, económicos y tecnológicos que son una base fundamental para este estudio.

1.4. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Investigar las formas de comunicación en la sesión odontológica entre el odontólogo y los pacientes con discapacidad.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer el nivel de conocimiento del odontólogo sobre protocolos de atención en pacientes con discapacidad para verificar la atención que reciben.

Verificar el miedo del paciente al odontólogo y su colaboración en la consulta odontológica.

Conocer la experiencia del profesional para relacionarlo con el estado de ansiedad del paciente discapacitado.

Diseñar una propuesta alternativa de solución.

1.5. HIPÓTESIS

Los sistemas de comunicación aplicados a las personas con discapacidad que acuden a los Centros de Salud del Distrito N° 1 inciden significativamente en el éxito de la consulta.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO INSTITUCIONAL

En el año 1964 las acciones de salud en la provincia de Manabí se encontraban bajo la responsabilidad de la Jefatura Provincial de Sanidad, la cual cumplía funciones de prevención, fomento, saneamiento y visitas domiciliarias y esta entidad a su vez dependía de la Dirección General de Sanidad con sede en Guayaquil, la misma que a su vez dependía del Ministerio de Prevención Social y Sanidad con sede en Quito.

Además existían otras instituciones que brindaban salud, tales como la Subdirección de Asistencia Pública que en 1958 fue elevada a la categoría de Dirección, que tenía el carácter de autónoma y dirigía los hospitales que funcionaban en Portoviejo, Manta, Chone y Bahía de Caráquez.

La Liga Ecuatoriana Antituberculosa que dirigía el Programa de Control de la Tuberculosis, para lo cual contaba con cuatro dispensarios, localizados en Portoviejo, Manta, Chone y Bahía de Caráquez y dos sanatorios que funcionaban en Portoviejo y Manta.

En el mes de marzo de 1963 se firmó un “Plan Tripartito Operacional” para un programa de desarrollo integral de los servicios de salud en el Ecuador entre el Gobierno Nacional, la OMS y la UNICEF y se crea en la provincia de Manabí el Programa Integral de Salud PISMA, como una primera etapa de integración de los servicios de salubridad, dentro del Plan Decenal de Salud Pública, como parte

de un proyecto de desarrollo económico social del país. Los propósitos fundamentales de este Plan de Salud fueron los de mejorar la situación de la salud de los habitantes de la provincia y que la misma sirva como área demostrativa nacional, con la intención de utilizar la experiencia adquirida para extender los beneficios de este programa al resto del país.

Las actividades del PISMA se inician en junio de 1964 y el 30 de abril de 1965 con la designación de un Director y un Subdirector y la organización de los primeros cursos de capacitación de personal: en enfermería y en campaña de peste y a partir de esta fecha se abren las puertas del Centro de Salud Portoviejo que se convierte en la cabecera del Área N° 1, además de Andrés de Vera que funcionaba en la Unidad neumológica.

El Área N° 1 estaba conformada en ese entonces por los cantones de Portoviejo, Santa Ana, Pichincha y 24 de Mayo con sus cabeceras cantonales.

Los programas que se brindaban a las comunidades eran: vacunación, saneamiento ambiental, materno infantil, que eran programas de fomento y protección y que buscaban la parte preventiva.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador con fecha viernes 30 de marzo de 2012, con la resolución N° 201333 y el acuerdo ministerial N° 00001034 del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por proceso establece cambiar el término Área de Salud por Distrito de Salud para todos los hospitales, centros y subcentros del país (Distrito de Salud N° 1- Manabí, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (s.f.).

A nivel de este Distrito de Salud se atiende en el departamento odontológico una cantidad significativa de pacientes con diferentes discapacidades, por lo que es

indispensable la comunicación entre el paciente y el profesional para el éxito de la consulta.

2.2. SESIÓN ODONTOLÓGICA

La sesión odontológica está conformada por diversos factores que van desde el aspecto físico del consultorio hasta la relación que existe entre las personas que trabajan en él y la relación que se crea con las personas que acuden por necesidad de un tratamiento. El ambiente del consultorio debe ser cálido, ya que las personas que asisten a la consulta estomatológica llegan nerviosas y aprehensivas, por ello es importante que tanto el auxiliar como el odontólogo conozcan sobre relaciones humanas, calidad en el servicio y la importancia de la excelencia en el trabajo. La prestación de servicios de forma eficiente, oportuna y con la calidad de atención que el paciente merece. En cada cita los pacientes siempre están observando el orden, el aseo, el esmero con el que se hacen las cosas y hasta la decoración del espacio físico del consultorio, por lo que el aspecto físico del profesional también debe ser primordial, sonreír muestra confianza y seguridad al paciente que acude a la cita odontológica.

2.2.1. Sesión odontológica en pacientes con discapacidad

Contacto

El acercamiento del odontólogo hacia el niño y sus familiares es muy importante, principalmente, al tratarse de un niño especial. En ese primer contacto encontramos padres más aprehensivos que lo normal, con un sentimiento de sobreprotección que puede obstaculizar los cuidados odontológicos. Se lo debe tranquilizar, conversar sobre la importancia de cuidar los dientes, de la planificación y, si fuera necesario, solicitar su cooperación.

Al recibir a este niño y su familia, se observará su modo de caminar, su porte y modo de expresarse, para notar, así, cualquier alteración de la normalidad. Se debe comparar las observaciones con respecto a la edad cronológica del niño. El equipo de salud debe actuar con naturalidad, sin sentimiento de compasión.

Para dar continuidad al tratamiento odontológico es de suma importancia la interacción padres-profesionales; profesional-paciente y profesional-profesional. El tratamiento será dirigido a la boca, pero la medicación usada y el tipo de alimentación del joven paciente son datos importantes en post de un tratamiento completo, deseado y perfecto.

Consulta

Los pacientes con problemas de conducta deberán ser citados por la mañana ya que no están cansados y ofrecen mayor cooperación, la consulta deberá ser corta, pero agradable para el paciente y su familia. Además, por la mañana, todos están bien dispuestos, el paciente y el equipo (odontólogo y asistente). Pero si el paciente hace uso de medicamentos relajantes por la noche y presenta problemas médicos que requieran más tiempo para vestirlo y alimentarlo, no deberá elegirse el horario de la mañana. Lo importante es que el paciente llegue al consultorio relajado, dispuesto a colaborar, en un horario ideal que no interfiera con su alimentación, higiene y otras actividades y que el odontólogo se programe para no hacerlo esperar mucho tiempo en la sala de espera, porque podrá sentirse inquieto e incomodar a quienes son responsables de él. Los pacientes con problemas más difíciles de conducta se citarán a última hora de la mañana, para que provoquen el menor disturbio a otros pacientes como los niños, ya que se

pueden asustar con los ruidos y la apariencia física del paciente y se les pueda dedicar la atención requerida.

Recolección de datos

La anamnesis de un paciente con discapacidad debe ser más detallada, para ayudar en el manejo de este paciente. Luego se realiza la identificación; además del nombre, es interesante conocer si el niño tiene un sobrenombre por el que lo gusta que lo llamen, alguna música con la que se siente a gusto, algún juguete al que está apegado y, lo más importante, cual es la posición más cómoda para él. Esta forma de darle cariño es importante para transmitir seguridad y amor a esta familia. A continuación, se pasa a la historia evolutiva de la enfermedad, desde sus manifestaciones iniciales hasta el momento de la consulta. Además se registrará el nombre y teléfono del equipo que lo asiste para, siempre que sea necesario, hacer contacto con esos profesionales antes de la atención¹ (Elías, 2008, pp.120-122).

En la consulta odontológica “es importante revisar la historia clínica del paciente y la evaluación realizada por el médico en caso de presentarse alguna duda”² (López, 2008, p. 460).

Después de realizar las anotaciones iniciales, se conduce al paciente al sillón odontológico, se anotan los datos recabados respecto de los signos vitales y observación del cabello, la cabeza, la cara, el cuello y las manos. Las manos pueden presentar temperatura alta, ser frías y pegajosas, con uñas roídas, lo que indica excesiva ansiedad; los golpes y heridas, indicios de mutilación, muy común

¹Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

²López, J. (2008). *Fisiología clínica del ejercicio*. Buenos Aires, Argentina: Editorial panamericana.

en pacientes sindrómicos; dedos en forma de palillos de tambor o de color azulado en los lechos ungueales, que sugieren enfermedad cardíaca congénita. Esos datos son transferidos a la historia clínica, porque requieren precauciones especiales durante el tratamiento odontológico.

No se debe olvidar de que estos pacientes necesitan más seguridad durante el tratamiento, porque son más inquietos y muchas veces no controlan sus movimientos.

Consideraciones

Aún es restringido el número de profesionales habilitados para realizar la atención a este grupo de pacientes. Para eso es necesario asistir a un curso especializado, adquirir los conocimientos y la seguridad necesaria, en los que la destreza y la calma serán uno de los factores esenciales.

Para realizar el tratamiento dental, es necesario evaluar su grado de cooperación, su madurez y su capacidad para aceptar el tratamiento. Dependiendo de esos factores, ser objetivos y realistas con los responsables, lo cual evitará causar frustración. No se debe sentir lastima, compasión u otro sentimiento de ese tipo y, en cambio, sí estimular y vencer las barreras, trabajando con el presente, anhelando la calidad de un futuro mejor³ (Elías, 2008, pp. 123-124, 129).

2.2.2. Conocimiento en pacientes discapacitados

En un gran número de facultades de Odontología no se tratan estos temas o se realiza de una manera superficial. Los estudiantes egresan por lo general con escaso o ningún conocimiento, actitud o destreza para el abordaje o tratamiento

³ Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

de personas con discapacidad, lo cual es negativo para proveer la atención requerida. Por lo tanto es de vital importancia que desde su formación académica universitaria se instruyan en este campo.

Se requiere preparación especial del odontólogo y de su equipo para la atención en este tipo de pacientes. El profesional que trata con paciente discapacitados debe entrenarse y organizarse de forma de ejecutar trabajos rápidos, creando las condiciones para que el tratamiento odontológico sea realizado dentro de los patrones de calidad preestablecidos. Adecuar una técnica a la necesidad y a la cooperación del paciente, no significa practicar mala odontología⁴ (Elías, 2008, p. 126).

Definición de discapacidad

Con el término paciente especial se designa a aquel paciente que presenta unas características o condiciones que lo hacen singular frente a lo ordinario.

Estas características son fundamentalmente cuatro:

- La existencia de riesgo médico por padecer un proceso importante.
- La dificultad de manejo clínico odontológico: a) por la conducta y b) por la técnica odontológica.
- La existencia de lesiones orales características que hacen más vulnerable al paciente ante el tratamiento odontológico.
- La posible interacción entre el proceso sistémico y el tratamiento odontológico⁵ (Silvestre y Plaza, 2011, pp. 15-16).

En primer lugar, se encuentra la situación de padecer una patología sistémica grave que, de alguna forma, puede condicionar el manejo odontológico de estos pacientes. En segundo lugar, se considera la posible interrelación entre el

⁴ Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

⁵ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

tratamiento dental y la enfermedad que padece. En tercer lugar, se valora la dificultad de manejo clínico-odontológico tanto desde el punto de vista de la conducta, en el caso de los discapacitados psíquicos. Por último, se considera la característica de padecer, en ocasiones, lesiones relacionadas con el tratamiento médico recibido.

Los factores que pueden minimizar el riesgo médico en la consulta estomatológica se relacionan con actitudes clínicas positivas, como realizar una correcta evaluación clínica previa al tratamiento odontológico, valorar el riesgo inicial mediante interconsultas cuando sea necesario, monitorizar antes y durante el empleo de determinadas técnicas o procedimientos, controlar el postoperatorio y utilizar protocolos o procedimientos clínicos estandarizados. En general, se puede reducir el riesgo con tratamientos dentales sencillos, citas cortas, sedación adecuada y un buen control del dolor⁶ (Silvestre y Plaza, 2011, pp. 16 y 18).

Para evitar caer en una terminología errónea, la Organización Mundial de la Salud habla de 4 conceptos:

Enfermedad: Situación biológica anormal que afecta al individuo en el desarrollo correcto de sus funciones.

Deficiencia: Alteración de una determinada función, ya sea psicológicas, fisiológicas o anatómicas.

Discapacidad: Modificación del comportamiento, estilo de vida, modificando las posibilidades de acción en la vida diaria, como consecuencia de la deficiencia específica.

Minusvalía: Situación desventajosa que le impide desempeñar un rol diario dentro de la normalidad y que le produce una clara dificultad social⁷ (Torres, 2010, pp.14-15).

⁶ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

⁷ Torres, M. (2010). *Recursos metodológicos en educación física con alumnos con discapacidad física y psíquica*. Madrid, España: Pila Teleña.

Clasificación de las discapacidades

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias 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.

Las discapacidades se clasifican en categorías:

Físicas:

Deficiencias motoras osteoarticulares, del sistema nervioso y viscerales.

Intelectuales:

Trastornos del aprendizaje, trastornos del desarrollo, déficit de atención, comportamiento perturbador.

Sensoriales y expresivas:

Deficiencias visuales, del oído, y del lenguaje, habla y voz.

Pluridiscapacidades:

Sordera, ceguera, parálisis cerebral, síndrome de Down, entre otras⁸ (Hernández, 2010, pp. 117-118).

Sendra⁹ elabora en su libro otra clasificación, en la discapacidad física están afectados los órganos y las funciones físicas del organismo. Un grupo de discapacidades se refiere, a los trastornos en el sistema musculoesquelético y nervioso, así como los órganos y estructuras implicados en la movilidad. Otro

⁸Hernández, J. (2010). *De la mano con la salud: tratado de psicología para andar por casa*. Cadíz.

⁹Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones*. España: Ideas propias editorial.

grupo se refiere a los daños en estructuras y funciones de los órganos internos (sistema circulatorio, respiratorio, urinario y excretor, digestivo, etc.).

Por otro lado todas aquellas causas que no tienen origen genético, son adquiridas. Pueden ser prenatales, perinatales y posnatales. Asimismo, las causas adquiridas pueden ser de origen infeccioso (poliomielitis), accidental (parálisis cerebral por daños en el momento del parto, traumatismo craneal, amputaciones, etc.) u otros (enfermedades degenerativas, tumores, etc.).

La discapacidad visual es la carencia o disminución importante de la capacidad de visión.

La discapacidad auditiva se define como la pérdida o el trastorno en la capacidad de audición.

La discapacidad intelectual es el trastorno para la realización de actividades y la participación social por razón de limitaciones en la capacidad intelectual y adaptativa. Su etiología se divide en 2 grupos: las genéticas y las adquiridas. Las causas genéticas se detectan por tener una base orgánica, por ejemplo, el síndrome de Down.

Las causas adquiridas son prenatales perinatales y posnatales; por ejemplo, las producidas a causa de enfermedades de la madre durante la gestación, complicaciones en torno al nacimiento como la anorexia o falta de oxígeno, u otras a lo largo de la vida como traumatismos craneoencefálicos, intoxicaciones o tumores (2009, pp. 143-149).

Discapacidades físicas:

Parálisis cerebral es un trastorno permanente y no progresivo que afecta psicomotricidad de la persona, accidente cerebro vascular es pérdida brusca de funciones cerebrales causada por una alteración vascular; poliomielitis es una enfermedad viral que afecta los nervios y puede llevar a la parálisis total o parcial; hidrocefalia es un trastorno hidrodinámico que ocasiona un aumento del compartimiento del sistema nervioso central; distrofia muscular es una serie de trastornos que ocasionan debilidad muscular y pérdida de tejido muscular; lesión medular es el daño que sufre la médula espinal causando pérdidas de algunas funciones, movilidad y sensibilidad del cuerpo; amputaciones de extremidades es la exéresis parcial o total de una extremidad que provoca una deficiencia a través de una intervención quirúrgica; artritis reumatoide es la inflamación de las articulaciones y tejidos circundantes causando dolor y rigidez en los movimientos.

Discapacidades intelectuales:

Retraso mental es un deficiente coeficiente intelectual que presenta una persona. Síndrome de Down es un trastorno genético causado por una copia extra de un cromosoma 21, autismo es un trastorno que afecta el desarrollo social y cognitivo del individuo.

Discapacidad visual

Alteración de la función o estructura del órgano de la visión.

Discapacidad auditiva

Déficit total o parcial del órgano de la audición.

Protocolos de atención del paciente discapacitado

El estomatólogo debe realizar diferentes estrategias con el fin de poder iniciar el tratamiento odontológico, especialmente cuando se trata de personas con discapacidad, donde se debe seleccionar la técnica de acuerdo a las deficiencias que presente el paciente, por ejemplo si presenta trastornos en el comportamiento será necesario el empleo de distintas técnicas de manejo de la conducta que contribuyan a una estrecha relación de confianza entre el paciente y el odontólogo.

Las técnicas de motivación se aplicarán en todas las sesiones odontológicas. La técnica de mostrar, decir y hacer es de frecuente elección, sin importar la capacidad cognitiva. Otras técnicas no verbales que apelen a una mayor conexión afectiva pueden ser muy efectivas.

Las técnicas de contención o restricción física son de elección cuando el paciente presenta alteraciones motoras asociada con movimientos involuntarios que requieran un control de los mismos. En los casos que se aplique se deberá motivar y preparar a la persona con el fin de evitar cualquier situación traumática. Luego de trabajar con técnicas de motivaciones graduales y no logrando la cooperación para tratamientos que requieran intervención de mayor tiempo o complejidad se deberá acudir a la atención bajo sedación farmacológica, realizando la consulta previamente con el médico clínico pediatra o neurólogo.

Por último en los casos más severos donde no puede lograrse una mínima adaptación de la situación odontológica será necesario recurrir a la atención bajo

anestesia general, con el compromiso de realizar los controles y el monitoreo del tratamiento realizado¹⁰.

Será necesario que en el futuro los odontólogos reciban una formación específica en este campo para el tratamiento de estas personas, puesto que conllevan una serie de dificultades y riesgos. Será importante que el odontólogo identifique a los pacientes con patología previa y que se establezca una buena comunicación entre el médico y el odontólogo para la mejor atención de estos enfermos. El tratamiento dental en estos casos deberá realizarse con el mínimo riesgo posible será valorar el riesgo previo del caso, y seguir unos protocolos o guías clínicas para establecer de forma adecuada y sistemática las técnicas y los procedimientos más convenientes según un plan de tratamiento previo¹¹(Silvestre y Plaza, 2011, p. 16).

Discapacidades físicas

Parálisis cerebral

Es un trastorno cerebral que produce alteraciones en el tono de los movimientos y la postura que se manifiesta con parálisis muscular, incoordinación y temblores. Puede presentarse concomitantemente con retraso mental, convulsiones y déficit sensoriales.

Los hallazgos orales más comunes son la hipoplasia de esmalte, sialorrea, aumento en la incidencia de caries y enfermedad periodontal, disfunción de la ATM, mal oclusión y fracturas dentales¹²(Velásquez, 2010, p. 212).

La parálisis cerebral es un grupo de alteraciones adquiridas de localización encefálica acaecidas durante un periodo de desarrollo del sistema nervioso

10 La discapacidad en la práctica de la odontología (s.f.). Recuperado de www.odon.uba.ar/uacad/pcb1/docs/guadiscapacidad.doc

¹¹Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

¹²Velásquez, J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. Medellín, Colombia: Health Book's.

central. Sobre todo tienen un carácter de afectación motriz causada por malformaciones o lesiones cerebrales durante una etapa de maduración anterior a los 3 años de edad; en periodos posteriores se habla de trauma o daño cerebral. Los individuos se manifiestan con debilidad muscular y disfunción motora. Se estima una tasa de 1 a 4 niños de cada 1.000 nacidos vivos, aunque uno de cada siete pacientes con PC muere durante el primer año de vida.

La mitad de los casos con PC tienen una causa de tipo prenatal con factores maternos implicados, como edad avanzada, historia repetitiva de abortos, infecciones tipo rubéola, citomegalovirus o toxoplasmosis, y también por diversas embriopatías. Una tercera parte se relacionan con traumatismos como meningitis o encefalitis, ciertas anemias, las metabolopatías como hipoglucemias y encefalopatías. Únicamente un 5% de las PC son de origen desconocido.

La interacción entre estos factores desencadenantes y un encéfalo en pleno desarrollo provoca lesiones importantes y difusas que, según la localización en el sistema nervioso, se manifiestan en distintos cuadros clínicos. Se denominarán, según la clínica predominante, parálisis cerebral espástica, discinética, atáxica o mixta. El cuadro clínico más frecuente corresponde a la PC espástica, que supone un 60% aproximado de casos, y estará producida por una lesión a nivel de la corteza que afecta a numerosas neuronas de tipo motor. Se manifiesta con un hipertonicidad muscular, con el desarrollo de posturas anómalas y con la posibilidad de realizar movimientos voluntarios pero con dificultad.

Existe una hiperactividad en el reflejo de estiramiento producida por un incremento en el tono muscular, con lo que aparecen los músculos tensos o contraídos. Esta hipertonía afecta especialmente a los músculos antigravitatorios,

lo que favorece la hiperextensión de los miembros inferiores y la flexión de los brazos.

Cuando se emplea clínicamente el sufijo paresia indica situación de debilidad y plejía parálisis. La diplejía produce espasticidad bilateral, y es más frecuente en las extremidades inferiores. Suele acompañarse de ciertas deformidades, epilepsia, estrabismo, alteraciones del lenguaje y retraso mental moderado. Estos pacientes deambulan mediante pequeños saltos con las piernas dobladas en X o en tijera.

La hemiparestesia es la forma más frecuente de PC. La espasticidad unilateral afecta más al brazo, por lo que se observan trastornos como adelgazamiento, contractura, rigidez, reflejos, anómalos, cianosis o frialdad. También puede haber disminución de la sensibilidad táctil con la imposibilidad de reconocer objetos. Estos pacientes no suelen tener retraso mental

Una forma poco frecuente de PC espástica, pero más grave es la llamada tetraparesia asociada a retraso mental severo, microcefalia, epilepsia, estrabismo y cifoescoliosis.

Existe otra forma de tetraplejía distónica, en la que los pacientes no tienen capacidad de desplazarse por sí mismos, ni control de la cabeza, mientras que el coeficiente intelectual suele estar conservado. La forma de hemiplejía atetósica no limita la marcha y no suele presentar retraso mental.

Otra forma de PC es la ataxia, que implica una afectación cerebelosa con alteración del equilibrio o postura y una deficiente coordinación de los movimientos voluntarios. Clínicamente se observa hipotonía junto a hipertonicidad

de los miembros inferiores. Los pacientes de este grupo andan con los pies separados y mostrando indecisión.

En la PC mixta la lesión acontece en varias áreas del encéfalo. Destaca el cuadro espástico con movimientos atetoides. Junto a las alteraciones en el control del movimiento, tono y postura, aparecen otros trastornos asociados, como los sensitivos y sensoriales. Estos trastornos abarcan desde sorderas parciales ante sonidos agudos hasta alteraciones de la visión. Una cuarta parte de estos pacientes padece estrabismo, sordomudez y sufren alteraciones de la sensibilidad táctil.

Un 50% de parálisis cerebrales padece convulsiones. En algunos casos las reacciones psicopáticas como agresividad, autismo, tics, perversiones o negativismo pueden condicionar su interrelación social. Sin embargo, la mitad de estos pacientes presenta un coeficiente intelectual superior a 60; tan sólo un 25% tiene retraso mental profundo y carece de deficiencia cognitiva alguna.

La PC puede ir acompañada de malformaciones congénitas y de síndromes dismórficos con anomalías craneales y algunos rasgos morfológicos menores. Así mismo, pueden presentarse síndromes que potencian la obesidad, el retraso del crecimiento, malnutrición o trastornos sexuales. Además, pueden aparecer alteraciones de tipo funcional como el babeo o falta de control de esfínteres.

Frecuentemente, en la cavidad oral podemos encontrar con gran frecuencia maloclusiones como las mordidas abiertas anteroposteriores, mordidas cruzadas posteriores, paladar ojival y falta de sellado labial.

La dentición permanente se observa labializada, sobre todo en el sector anterosuperior, debido a un patrón deglutorio anómalo. La hipotonía labial

existente impide un correcto sellado labial, de modo que la lengua se interpone entre ambas arcadas dentarias, a la altura de los dientes anteriores, para conseguir así el sellado de la cavidad oral durante la deglución. La saliva se acumula en los espacios bucales anteriores, lo que provoca la aparición de cálculo abundante en localizaciones atípicas como es el sector vestibular inferoanterior. La autoclisis está disminuida, por lo que se observa un aumento del acúmulo de placa.

Pueden presentar hábitos nocivos como bruxismo o babeo. Eso último ocurre por una dificultad deglutoria e implica un problema de interacción social. La administración de fármacos anticonvulsivantes, especiales las hidantoínas, junto a la respiración bucal favorecen los sobrecrecimientos gingivales en áreas anteriores.

Debido al retraso del crecimiento en general, se observará también un retraso en la erupción dental. Se aprecian índices de caries preventivos y restauradores.

En cuanto a la exploración oral, se valorará la existencia de malformaciones orofaciales y la presencia tanto de caries o gingivitis, periodontitis, como de algún tipo de maloclusión o disfunción como bruxismo o babeo. La mayoría de estos pacientes presenta dificultad comunicativa a causa de sus problemas motores y sensoriales¹³ (Silvestre y Plaza, 2011, pp. 269-272).

Los niños con parálisis cerebral tienen grandes problemas para comunicarse y la colaboración entre el dentista y el paciente, en muchas ocasiones, dependerá de esta comunicación. Para superar esta dificultad se han sugerido aparatos de comunicación asistida que utilizarían el sistema de símbolos y los ordenadores

¹³Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

adaptados como alternativa de lenguaje en estos pacientes, lo que facilitaría la participación del niño en la consulta.

Los problemas más frecuentes que se dan en la consulta dental son la distonía y los movimientos involuntarios, por lo que el manejo de la conducta dependerá de cada caso. Pero, la gran mayoría de ellos, mediante la sujeción de la cabeza y de las extremidades y utilizando diferentes instrumentos para mantener la boca abierta entre ellos un bloque de silicona, se pueden realizar varios tipos de tratamientos, reduciendo el número de intervenciones bajo anestesia general¹⁴ (Boj, 2011, p. 637).

Protocolo de atención en un paciente con parálisis cerebral

Al llenar la historia clínica, se deberá conocer sus antecedentes y el origen del proceso, así como la relación o coexistencia con otros procesos sistémicos. Escribir los fármacos que esté tomando, su grado de comunicación y las posibles interacciones de las alteraciones sistémicas a la hora de realizar un tratamiento dental. Será fundamental valorar su capacidad de comprensión y comunicación para crear vías de comunicación recíproca¹⁵ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 272).

La atención del paciente debe ser en horas de la mañana, con un ambiente agradable y placentero, posición semisentado utilizando cojines para apoyar las extremidades. Evitar los estímulos bruscos y fuertes, realizar los movimientos y procedimientos lo más suave y lento posible, utilizar cuñas digitales y abrebocas¹⁶ (Velásquez, 2010, p. 212).

¹⁴ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

¹⁵ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

¹⁶ Velásquez, J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. Medellín, Colombia: Health Book's.

Valorar el estado de ansiedad o miedo ante el tratamiento dental, y establecer, dependiendo de la capacidad de comprensión, estrategias de manejo de conducta como la desensibilización, el refuerzo positivo ante conductas correctas, la sedación o la anestesia general.

La sedación comprenderá desde el uso de premedicación con ansiolíticos, hasta el uso de sedación profunda en un medio adecuado. En el caso de premedicación serán utilizados fármacos como las benzodiazepinas, con una acción ansiolítica-sedante y un efecto relajante muscular, y que pueden ayudar al control del tono muscular ante un aumento del mismo o ante la repetición de movimientos involuntarios producidos por el estrés. La más utilizada es diazepam por vía oral, del que se administra un comprimido de 5-10 mg la noche anterior a la cita, y la misma dosis una hora antes de ésta.

La restricción física también ayuda a controlar los movimientos y evita accidentes. Para realizarla se deberá mantener la cabeza y los miembros fijos, de forma firme pero suave. Se evitará enderezar los miembros contraídos, situando estratégicamente soportes con almohadillas o cojines debajo de la flexura de los miembros. El cuello se mantendrá levemente inclinado hacia adelante, aproximadamente 40 grados respecto a la columna vertebral. Existe el riesgo de asfixia o aspiración de líquidos si se tumba en exceso al paciente en el sillón dental, debido a las alteraciones funcionales deglutorias.

No ejercer presión en áreas donde puedan pasar tubos o dispositivos intradérmicos, los cuales dispensan medicamentos o drenan válvulas de descompresión en casos de hidrocefalia. El tratamiento odontológico deberá comenzar con una valoración del estado de salud bucodental y la petición de las

pruebas que sean necesarias. Se planificará citas cortas y tratamientos sencillos, evitando restauraciones arriesgadas y complejas. Se realizarán tratamientos conservadores que no creen problemas por roturas o alteraciones posteriores en las restauraciones. Los materiales deben ser resistentes¹⁷ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 273).

Se debe considerar el tipo de parálisis que tiene y control, que debe ser necesario para el manejo odontológico. Observar la posición de cabeza y tronco, si está en silla de ruedas o eléctrica, si la empuja, demuestra más control en las extremidades superiores, si está atado en la silla de ruedas, si camina, cómo lo hace, usa muletas, tiene un apoyo. Se le debe explicar la función de cada instrumento. Todas las explicaciones deben ser simples y de acuerdo al nivel de inteligencia del paciente. Evitar los movimientos o ruidos repentinos. Sentar al paciente en el sillón dental y asegurar su cabeza, antes de que el paciente tenga algún instrumento en su boca, se le debe de mostrar la luz, movimientos y ruidos del tratamiento dental producido por la pieza de mano, el eyector, jeringa triples, reclinar y levantar lentamente el sillón. Esto servirá para prevenir inesperados movimientos involuntarios en el paciente.

Cuando existe retraso mental puede aprender de mejor manera por medio visual. A través de la técnica decir-mostrar-hacer, el mostrar es de mayor significancia cuando se trata de paciente con retraso. Cuando el paciente no tiene lenguaje verbal, pero puede entender, se le debe adaptar algún sistema de comunicación que le ayude a mejorar su interacción con otros. Los tableros con fotografías son una forma sencilla de empezar este proceso.

¹⁷ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

Consideraciones especiales para el tratamiento odontológico:

Por lo general la cooperación durante el tratamiento estomatológico es buena, la falta de control muscular lo torna difícil en pacientes con excesivos movimientos involuntarios.

Si no se toman precauciones durante el tratamiento estomatológico se pueden desencadenar reflejos de extensión de las extremidades. Estas contracciones pueden producirse al transferir al niño de las sillas de ruedas al sillón dental. Antes de empezar hay que comentar este aspecto con los padres o quién lo cuida. También se puede estimular este reflejo si no se sujeta bien la cabeza del paciente. Hay que asegurarse que el niño está bien sujeto en el sillón con sábanas y almohadas. Si se produce una reacción refleja cuando las extremidades están extendidas se procede a:

- 1) Elevar el sillón.
- 2) Inmovilizar la cabeza en la línea media.
- 3) Colocar los brazos hacia delante.
- 4) Tranquilizar al paciente.

En los pacientes con parálisis cerebral pueden estar alterados o disminuidos los reflejos del vómito, la tos, la masticación y la deglución. Si el reflejo del vómito está acentuado conviene tratar al paciente en una posición más erguida, con el cuello ligeramente flexionado y las rodillas dobladas y elevadas, si es posible. Se pueden emplear abre bocas, sin embargo, estos pacientes corren mayor riesgo de aspiración debido a los problemas para deglutir. Se recomienda por ello usar el

dique de goma, pero al aplicar el flúor esto es imposible, el paciente debe estar sentado, en estos casos no debe estar completamente reclinado y siempre se debe disponer de una succión potente.

Si el paciente mantiene todavía el reflejo de cierre por estimulación oral conviene introducir los instrumentos de lado, en lugar de hacerlo de frente. Para explorar hay que presionar ligeramente con el dedo índice el borde anterior de la rama ascendente y en el triángulo retromolar. De este modo se evita que el paciente muerda el dedo del estomatólogo. Se debe de estabilizar la cabeza del paciente durante todas las fases del tratamiento estomatológico. Es muy importante que el trabajo clínico en estos pacientes sea eficiente y minimice el tiempo que permanece el paciente en el sillón dental, para evitar la fatiga de los músculos involucrados¹⁸.

Accidente cerebrovascular

Es la suspensión súbita del riego sanguíneo a cualquier zona del cerebro (isquemia) que provoca la muerte de las células dañadas (infarto cerebral). Las consecuencias dependerán de la zona afectada y la extensión del daño, por lo general suele afectarse la movilidad, el lenguaje y diversas funciones cognitivas. Los factores son genéticos, edad, más frecuentes en hombre, hábitos de vida como tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, hipercolesterolemia y diabetes asociada al sobrepeso¹⁹ (Sendra, 2009, p.144).

¹⁸ III Congreso Nacional y II Internacional Temático de Estomatología Integral. (2003). *Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral*. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-7-2003/05.htm>

¹⁹ Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones*. España: Ideas propias editorial.

Protocolo de atención odontológica en pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares

Consultar con el médico para verificar el control, medicamentos que toma y estado general del paciente.

Se debe tomar la presión siempre al inicio de cada cita.

Preferiblemente no administrar anestésicos con adrenalina²⁰.

Dependiendo del grado de afección que tenga el paciente, se deberá explicar al paciente todos los procedimientos a realizar, en un lenguaje lento con palabras cortas y sencillas, ya que estos pacientes presentan alteraciones en el lenguaje tanto en su expresión como en su comprensión²¹.

Se debe facilitar el acomodamiento del paciente en el sillón.

Se debe limitar el uso de agua en la pieza de mano, si fuera posible utilizar dique de goma, debido a la dificultad que tienen estos pacientes para deglutir o tragar.

Mantener al paciente con ACV en una posición sentada y evacuar rápidamente los líquidos orales para evitar inconvenientes²².

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas²³(López, 2010, p. 14).

²⁰ Tratamientos Dentales. (s.f.). *Accidente cerebro vascular: manejo clínica dental*. Recuperado de <http://detododental.blogspot.com/2011/09/accidente-cerebrovascular-acv-manejo-en.html>

²¹ Psicología y daño cerebral. (5 de mayo del 2011). *Los accidentes cerebrales: ictus y derrame cerebral*. Recuperado de <http://neuropsicologica.blogspot.com/2011/05/los-accidentes-cerebrovasculares-ictus.html>

²² Burtner, P. (2012). College of dentistry. *Desórdenes físicos*. Recuperado de <http://paul-burtner.dental.ufl.edu/tratamiento-oral-para-personas-incapacitadas/condiciones-incapacitantes/desordenes-fisicos/>

²³ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

Poliomielitis

La poliomiélitis es una enfermedad infecciosa aguda que está causada por un virus filtrable de la familia de los enterovirus. Entra en el organismo por vía alimenticia, localizándose en la orofaringe y en el intestino, donde se multiplica. Por lo general, la infección termina en esta fase que es asintomática. Sin embargo, a veces, el virus se difunde desde los puntos de multiplicación por el torrente circulatorio, alcanzando diversos órganos, especialmente, al sistema nervioso central y, de modo más concreto a la sustancia gris de las astas anteriores de la medula espinal.

La proliferación del virus en las células nerviosas motoras de las astas anteriores determina la destrucción de las mismas, con lo que se pierde la función motriz de los grupos musculares. La forma más típica de esta enfermedad se manifiesta por parálisis y su localización: miembros inferiores o superiores, monoplejía o cuadriplejía²⁴ (Castejón y Navas, 2009, pp.338-339).

Protocolo de atención en pacientes con poliomiélitis

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad²⁵ (Barrancos, 2008, pp. 32 y 94).

²⁴ Castejón, J., y Navas, L. (2009). *Unas bases psicológicas de la educación especial*. España: Editorial Club Universitario.

²⁵ Barrancos, J., Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos, pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”²⁶ (Moya et al., 2009, p. 14).

Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; procurar que las muletas u otra ayuda para caminar que utilice estén siempre cerca de la persona, si esto no es posible, se debe estar pendiente para dárselas en el momento en que termina el tratamiento.

En el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si él acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas. Dar el espacio necesario para que el paciente se acomode en el sillón es fundamental.

Para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados, si desconocemos el uso de la silla de ruedas, preguntar cómo ayudarlo, dirigirse la persona en silla de ruedas y no a su acompañante²⁷.

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas²⁸ (López, 2010, p. 14).

²⁶ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

²⁷ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

²⁸ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

Hidrocefalia

La hidrocefalia es una dilatación ventricular producida a expensas de una reducción de los espacios subaracnoideos que se produce como consecuencia de un aumento del gabinete de presión transcortical. Su principal característica es la acumulación de líquido en el cerebro. El grado de dilatación ventricular y del daño producido sobre el tejido cerebral dependerá de diversos factores, como la causa, la rapidez de instauración y la edad del paciente en el momento del inicio del daño. Antes de los 2 años de edad, la hidrocefalia casi siempre se acompaña de un aumento progresivo del perímetro craneal, las alteraciones oculares son frecuentes así como la espasticidad de los miembros inferiores consecuente con el compromiso de las fibras cortico espinales²⁹ (Cura, 2010, pp. 1240, 1242).

Protocolo de atención odontológica a pacientes con hidrocefalia

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad³⁰ (Barrancos, 2008, pp.32 y 94).

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos,

²⁹Cura, J., Pedraza, S., y Gayete, A. (2010). *Radiología esencial*. España: Editorial Panamericana.

³⁰ Barrancos, J., Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”³¹
(Moya et al., 2009, p. 14).

Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; hacer sentir al paciente en un ambiente cómodo creará la confianza en él y sus familiares³²

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas³³ (López, 2010, p. 14).

Distrofia muscular

Es un trastorno recesivo ligado al cromosoma X que afecta a uno de cada 3.500 niños. Es debido a, mutaciones del gen de la distrofina que ocasionan una ausencia de distrofina en el musculo, ésta representa un 0,01% de la proteína muscular y tiene la función estructural de unir los filamentos de actina intracelulares con proteínas de la membrana. Clínicamente la enfermedad es muy incapacitante, afecta a todos los músculos y se caracteriza por una debilidad muscular generalizada y atrofia muscular, afecta a las extremidades y tronco. Los niños enfermos suelen requerir silla de ruedas a los 12 años, también presentan arritmias e insuficiencia cardiaca en el 10% de los casos. La muerte suele sobrevenir a los 10- 20 años desde el inicio de los problemas pulmonares³⁴
(Olivia, 2008, p. 190).

³¹ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

³² Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

³³ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

³⁴ Olivia, R., Ballesta F., Oriola, J., y Claria J. (2008). *Genética Médica*. Madrid, España: Díaz de santos ediciones.

Protocolo de atención odontológica a pacientes con distrofia muscular

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad³⁵(Barrancos, 2008, pp. 32 y 94).

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos, pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”³⁶ (Moya et al., 2009, p. 14).

Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; procurar que las muletas u otra ayuda para caminar que utilice estén siempre cerca de la persona, si esto no es posible, se debe estar pendiente para dárselas en el momento en que termina el tratamiento.

En el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si el acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas. Dar el espacio necesario para que el paciente se acomode en el sillón es fundamental.

Para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados; si desconocemos el uso de la

³⁵ Barrancos, J., Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

³⁶ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

silla de ruedas, preguntar cómo ayudarlo; dirigirse la persona en silla de ruedas y no a su acompañante³⁷.

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas³⁸ (López, 2010, p. 14).

Lesión medular

La médula espinal discurre del canal vertebral y es vital para transportar e integrar la información sensitiva y motora entre el cerebro y las estructuras somáticas y viscerales. Una lesión de la medula espinal se da a causa de un traumatismo como los accidentes de tránsito, lesiones deportivas y actividades acuáticas; afectan las funciones motoras, sensitivas y autónomas; sus repercusiones son graves y llevan a una serie de discapacidades secundarias.

Una lesión de la médula espinal en la región cervical afecta a las cuatro extremidades, lo que da lugar a una cuadriplejía. Las lesiones de la medula espinal torácica, lumbar o sacra afectan a las extremidades inferiores, dando lugar a una paraplejía³⁹ (Harvey, 2010, p. 6).

Protocolo de atención odontológica a pacientes con lesión medular

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo

³⁷ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

³⁸ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

³⁹ Harvey, L. (2010). *Tratamiento de la lesión medular, guía para fisioterapeutas*. Barcelona, España: Elsevier.

debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad⁴⁰(Barrancos, 2008, pp. 32 y 94).

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos, pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”⁴¹ (Moya et al., 2009, p. 14).

Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; procurar que las muletas u otra ayuda para caminar que utilice estén siempre cerca de la persona, si esto no es posible, se debe estar pendiente para dárselas en el momento en que termina el tratamiento.

En el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si el acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas. Para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados; si desconocemos el uso de la silla de ruedas, preguntar cómo ayudarlo; dirigirse a la persona en silla de ruedas y no a su acompañante⁴².

⁴⁰ Barrancos, J., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

⁴¹ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

⁴² Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas⁴³ (López, 2010, p. 14).

Amputación de extremidades

Una amputación es un estado adquirido cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser una enfermedad o una lesión. Este estado determina una discapacidad permanente que afecta a la movilidad, a la autonomía y a la imagen corporal que el paciente tiene de sí mismo. Las causas de las amputaciones en su mayoría, son debidas a enfermedad vascular periférica o infecciones óseas, y sobre todas ellas destaca la diabetes⁴⁴ (Alós, 2008, p. 239).

Las amputaciones pueden ser en extremidades superiores: a nivel del cuello del húmero, a nivel del antebrazo, de la muñeca, la mano y los dedos. Las amputaciones de extremidades inferiores pueden ser: a nivel del muslo, fémur distal, rodilla, el pie y los dedos⁴⁵.

Protocolo de atención en pacientes con amputaciones de extremidades

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica:

⁴³ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

⁴⁴ Alós, J. (2008). *Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular: Un problema multidisciplinar*. Barcelona, España: Editorial Glosa.

⁴⁵ Fernández Mendoza, O. (s.f.). *Cirugía radical en aparato locomotor*. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_ii/cirugia_ral.htm

empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad⁴⁶ (Barrancos, 2008, pp. 32 y 94).

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos, pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”⁴⁷ (Moya et al., 2009, p. 14).

Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; procurar que las muletas u otra ayuda para caminar que utilice estén siempre cerca de la persona, si esto no es posible, se debe estar pendiente para dárselas en el momento en que termina el tratamiento; en el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si el acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas. Dar el espacio necesario para que el paciente se acomode en el sillón es fundamental.

Si el paciente usa prótesis, no se debe fijar la mirada en ellas; para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados; si desconocemos el uso de la silla de ruedas, preguntar cómo ayudarlo; dirigirse la persona en silla de ruedas y no a su acompañante⁴⁸.

⁴⁶ Barrancos, J., Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (4te ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

⁴⁷ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

⁴⁸ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas⁴⁹ (López, 2010, p. 14).

Artritis reumatoide

Es una enfermedad crónica de etiología desconocida que se caracteriza por una sinovitis inflamatoria persistente que afecta habitualmente a las articulaciones periféricas con una distribución sistémica. El signo clave de la enfermedad es el potencial de la inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores. A pesar de su potencial destructor, la evolución de la artritis reumatoide puede ser variable. Se asocia a diversos factores de riesgo como son la edad avanzada, la obesidad y los traumatismos y sobrecarga continuados de las articulaciones. Se manifiesta principalmente por la presencia de dolor en las articulaciones afectadas, que inicialmente puede ser leve e intermitente, pero que puede llegar a ser intenso y persistente; el dolor se asocia a otros síntomas como inflamación rigidez y reducción de movilidad y funcionalidad de los pacientes⁵⁰ (García, 2004, p. 2).

Protocolo de atención odontológica a pacientes con artritis reumatoide

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica:

⁴⁹ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

⁵⁰ García, M., y Quesada, M. (2004). Universidad de Costa Rica: Centro Nacional de Información de Medicamentos Instituto de Investigaciones Farmacéuticas. *Artritis reumatoide fisiopatología y tratamiento*. Recuperado de <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed4.pdf>

empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad⁵¹ (Barrancos, 2008, pp. 32-94).

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos, pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”⁵² (Moya et al., 2009, p. 14).

Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; procurar que las muletas u otra ayuda para caminar que utilice estén siempre cerca de la persona, si esto no es posible, se debe estar pendiente para dárselas en el momento en que termina el tratamiento; en el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si el acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas. Dar el espacio necesario para que el paciente se acomode en el sillón es fundamental.

Para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados; si desconocemos el uso de la silla de ruedas, preguntar cómo ayudarlo; dirigirse la persona en silla de ruedas y no a su acompañante⁵³.

⁵¹ Barrancos, J., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

⁵² Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

⁵³ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas⁶² (López, 2010, p. 14).

Discapacidades intelectuales

Retraso mental

La discapacidad intelectual debe verse no como una enfermedad o una discapacidad en si misma sino como el agrupamiento de síndromes que incluyen un grupo de condiciones clínicas que van desde genéticas a nutricionales, infecciosas, metabólicas o neurotóxicas; se caracteriza por un déficit en la funcionalidad cognitiva en varias áreas, como del conocimiento, del lenguaje, motriz, auditiva, psicosocial, del criterio, y el sentido común⁵⁵ (Boj, 2011, p. 630).

Sobre la definición de retraso mental, Jaime Velásquez dice:

Es un funcionamiento intelectual notablemente inferior al de su edad con deficiencias en su adaptación al entorno.
Su desarrollo motor es irregular y generalmente necesitan supervisión.
Es frecuente en ellos las alteraciones en el crecimiento y el desarrollo craneofacial, con persistencia de dientes temporales y retraso en la erupción, sialorrea y alteraciones en las praxiasorolinguofaciales⁵⁶ (Velásquez, 2010, p. 215).

Los pacientes con un grado de RM leve o moderado pueden ser adiestrados para realizar un cuidado y mantenimiento de la higiene oral básico, siempre y cuando no haya imposibilidad física, si es preciso, se deberán adaptar los cepillos dentales, especialmente en los mangos, aunque en muchos casos el cepillado

⁵⁴ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

⁵⁵ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

⁵⁶ Velásquez, J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. Medellín, Colombia: Health Book's.

deberá ser de forma asistida y motivarlos para que la lleven a cabo⁵⁷ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 276).

Protocolo para la atención odontológica de pacientes con retraso mental

En la primera visita, se obtendrá una historia clínica, lo más completa posible para conocer la patología de base y las asociadas que sufre el paciente, de tal modo que antes de abordar cualquier tratamiento, tengamos una idea del nivel cognitivo del paciente, ya que de este dependerá el grado de colaboración y la manera para dirigirse al paciente. Familiarizar al paciente con el ambiente del consultorio; entender e interpretar su comunicación no verbal; iniciar con citas corta; interconsulta médica; posicionamiento adecuado de la vía aérea⁵⁸ (Boj, 2011, p. 632).

Se debe controlar o limitar los movimientos para evitar lesiones durante el tratamiento, utilizando dispositivos para el control de la apertura y la lengua, o para el control de la cabeza y extremidades, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo, lo puede realizar el odontólogo, el personal auxiliar o los mismo padres o dispositivos de restricción. Hacer reforzamiento positivo por cada logro alcanzado. Recurrir al tratamiento con anestesia general en los casos donde haya fracasado las otras técnicas, en tratamientos largos y complejos o en pacientes con alto riesgo médico⁵⁹ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 277).

⁵⁷ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

⁵⁸ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

⁵⁹ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

Síndrome de Down

A cerca del Síndrome de Down, Velásquez menciona las siguientes características:

Las características morfológicas más comunes son el retardo pondo-estatural, braquicefalia, puente nasal poco desarrollado, abertura palpebral inclinada, hipertelorismo, pliegues palmares y plantares, mayor frecuencia de cardiopatías congénitas y leucemia.

Los hallazgos bucales son la macroglosia, micrognatismo, microdoncias e irregularidades dentales, enfermedad periodontal severa más frecuente y retención de dientes temporales⁶⁰ (Velásquez, 2010, p. 216).

Se debe recordar que, aproximadamente, el 40% padecen patología cardíaca y son más propensos a las infecciones, por lo que se deberá adoptar medidas preventivas sobre la endocarditis bacteriana.

Las prótesis y los aparatos ortodóncicos no suelen dar los resultados esperados debido a factores como falta de cooperación, hipotonicidad de la musculatura, enfermedad periodontal, lengua grande y dientes con raíces cortas, lo que es un inconveniente para los movimientos ortodóncicos⁶¹ (Boj, 2011, p. 635).

Las características de estos pacientes consisten en un menor desarrollo en tercio medio facial. Esto provoca una hipoplasia maxilar transversal y sagital. Existe una falta de desarrollo de los huesos nasales que influyen en el adenoides, provocando problemas respiratorios, lo que convierte a estos pacientes en respiradores bucales.

La lengua tiende a protuirse favoreciendo el desarrollo de una mordida cruzada posterior bilateral o unilateral; en este caso existiría una desviación de la línea

⁶⁰Velásquez, J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. Medellín, Colombia: Health Book's.

⁶¹Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

media funcional y una tendencia a la clase III. En la zona anterior se observa una mordida abierta con interposición lingual y falta de sellado labial.

La lengua, al igual que los labios, puede aparecer agrietada debido a la sequedad oral producida por la respiración bucal; también puede ocasionarse queilitis angular. Otra anomalía lingual que puede aparecer, en aproximadamente un 60% de estos pacientes, es la lengua fisurada o escrotal, que se hace menos evidente con la edad y aumenta con el grado de retraso mental. Esta alteración dificulta su limpieza y favorece, junto a la sequedad, que se acumulen restos alimenticios y se provoque halitosis y en ocasiones infecciones orales tipo candidiasis⁶² (Silvestre y Plaza, 2011, pp. 278-279).

Protocolo de atención odontológica en pacientes con síndrome de Down

Historia Clínica Médico-Odontológica

Interconsulta médica

Interdisciplina – Intervención temprana en reeducación de funciones⁶³.

Se recomienda el empleo de música para calmar los niveles de estrés⁶⁴.

Los padres tienen una función imprescindible puesto que pasan mucho tiempo junto a él, aportan información sobre su estilo familiar, características de sus hábitos y preferencias, se debe dialogar con ellos para conocer ésta información.

El modelado o aprendizaje por observación, la práctica de conducta y las actividades con objetos e imágenes son muy adecuados en pacientes con

⁶²Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

⁶³La discapacidad en la práctica de la odontología (s.f.). Recuperado de www.odon.uba.ar/uacad/pcbd1/docs/guiadisapacidad.doc

⁶⁴ Ciencias.es. (17 de abril de 2012). *Musicooterapia, ¿funciona?* Recuperado de <http://www.ciencias.es/musicoterapia/>

Síndrome de Down. Presentar la estimulación siempre que se posible a través de más de un sentido⁶⁵ (Aranda, 2008, pp. 334-336).

Autismo

El autismo es una condición de origen en la relación social, en el lenguaje y la comunicación, además de problemas sensoperceptivos y cognitivos que ocasionan rutina; el paciente no tiene interés ni por la comunicación ni por la interacción social, tiene un déficit en la comunicación no verbal y se acompaña de patrones de conducta repetitivos neurológico. Estas personas presentan como características, desviaciones en la velocidad y secuencia del desarrollo.

Dentro de las manifestaciones clínicas existe una falta de contacto ocular, escaso juego simbólico y limitación de la atención, con evidente retraso o ausencia de la sonrisa social y nula interacción con quién proporciona los cuidados. Tienen un desarrollo anormal del habla y una alteración de la comunicación, tanto verbal como no verbal, con lenguaje repetitivo, estereotipado o metafórico.

Además presentan poco o nulo interés por participar en algo, suelen vivir aislados con un campo de atención reducido, pueden ser hiperactivos y responder ante estímulos sensoriales del tipo reacción exagerada a la luz o los colores, alto umbral del dolor o hipersensibilidad a los sonidos, son impulsivos, y con cierta frecuencia, agresivos.

Debido a los problemas graves de comunicación se hace casi imposible que coopere durante la visita al consultorio dental, suelen presentar conductas autolesivas. Muestran falta de atención, se distraen fácilmente y les molestan los ruidos de la consulta.

⁶⁵Aranda, R. (2008). *Atención temprana en educación infantil*. España: Wolterskluwer.

Algunos pacientes pueden aceptar tratamientos sencillos pero cuando fracasan las terapias de manejo de la conducta y sedación es necesario utilizar anestesia general. Los soportes visuales se usan para aumentar la comprensión del vocabulario y de los eventos rutinarios así, la pedagogía visual ayuda a mejorar la higiene oral de los niños autistas cuando se colocan imágenes de la técnica de cepillado correcta en los lavabos y se instruye a los padres como realizarla.

En los últimos años se ha extendido un programa efectivo para estos pacientes, es el método TEACCH (Abreviatura de Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children), que se basa en elementos visuales como fotografías, miniaturas, pictogramas, palabras y en la utilización de agendas, ofrece a las personas con autismo las guías que necesitan para saber qué es lo que van hacer cuándo, cómo, con quién y cuánto tiempo va a estar en esa actividad.

Este método es de gran utilidad a la hora del abordaje conductual del niño autista en la consulta odontológica donde a través del uso de pictogramas, se puede explicar cada actividad que se realizará.

Además estos pacientes tienen una baja tolerancia a la frustración por lo cual el Odontopediatra debe estar preparado para las crisis y conductas de enfado y berrinches que puede desarrollar el niño durante la consulta debido a que alguna de las actividades no sea agradable para él⁶⁶. (Boj, 2011, pp. 638-643).

Las infecciones, principalmente de oído y amígdalas son recurrentes por lo que el uso de antibióticos es frecuente, provocando cambios en la flora bacteriana y haciendo que microorganismos como la *Cándida albicans* causen infecciones.

⁶⁶ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

Cuando sea realmente indispensable utilizar antibioticoterapia, el niño debe ser medicado simultáneamente con modificadores de la flora intestinal. La medicación con analgésicos debe realizarse con precaución y solo en casos en que ameriten realmente, ya que un alto porcentaje de pacientes autistas tienen deficiencias en el Sistema Fenol Sulfuro Transferasa, lo cual hace que no se puedan eliminar toxinas naturales de los alimentos ni las de su propio cuerpo y lo más importante es que ésta situación se agrava ante la presencia de compuestos fenólicos como el Acetaminofén y el Ibuprofeno. En pacientes que reciban tratamiento anticonvulsivante, es muy importante que este no suspenda su medicación a la hora de recibir tratamiento odontológico, se debe vigilar que las dosis sean las adecuadas, ya que la situación de estrés producida por la consulta odontológica puede causar una convulsión⁶⁷.

Protocolo de atención odontológica en pacientes con autismo

Dialogar con los padres del paciente para recabar toda la información relevante a cerca de las características individuales del paciente⁶⁸ (p. 55).

Según Boj⁶⁹, el niño autista debe ser atendido tan pronto llegue y en un ambiente tranquilo, ya que se suelen poner nerviosos en la sala de espera.

Realizar la historia clínica

Dejar que el niño explore por sí mismo el lugar, dejando que vaya alejándose la inquietud por la situación de novedad y que el niño se vaya tranquilizando al disminuir los niveles de ansiedad.

Indagar sobre experiencias previas a la consulta dental

⁶⁷ Universidad de Valencia. (s.f.). *El paciente autista en la clínica dental*. Recuperado de <http://www.icoev.es/oris/56-1/paciente.pdf>

⁶⁸ Gómez, B. (diciembre de 2009). Intervención odontológica en niños con autismo. *La desensibilización sistemática*. Recuperado de http://www.mydental4kids.com/descargas/pdfs/articulos_dra_martinez/autismo.pdf

⁶⁹ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

Técnicas de comunicación: decir-mostrar-hacer. Está prohibido el uso de la técnica mano sobre boca.

Las técnicas visuales deben ser específicas y representar en diversos pasos, instrucciones cortas y sencillas.

Refuerzo positivo o negativo

Hacer que el paciente mantenga contacto visual con el profesional, que esté comprendiendo lo que se le está diciendo (2011, pp. 140-144).

Se recomienda el empleo de música para calmar los niveles de estrés⁷⁰.

Discapacidad visual

La discapacidad visual puede ser por disminución de la agudeza visual o total.

Los pacientes con ceguera sufren mayores barreras a la hora de acudir a los servicios de salud, siendo el problema principal la dificultad para desplazarse.

Además estos pacientes presentan miedo, inseguridad, desconfianza⁷¹ (Boj, 2011, p. 646).

Protocolos de atención odontológica en pacientes con discapacidad visual

Para hablar con las personas con discapacidad visual (ciegos totales o con resto visual), hay que hacerlo en un tono normal dirigiendo la mirada hacia su rostro. Si la persona va acompañada, siempre hay que dirigirse a ella, no al acompañante.

Presentarse a fin de que sepa con quién se encuentra y preguntar su nombre para que sepa que nos estamos dirigiendo a él/ ella⁷².

⁷⁰ Ciencias.es. (17 de abril del 2012). *Musicoterapia, ¿funciona?* Recuperado de <http://www.ciencias.es/musicoterapia>

⁷¹ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

⁷² Universidad Complutense de Madrid. (s.f.). *Discapacidad visual*. Recuperado de <http://www.ucm.es/?a=directorio/oipd&d=0002271>

En el tratamiento odontológico se debe potenciar los sentidos del tacto y del oído; dejar que toquen los instrumentos y oigan el ruido que producen, explicar sobre los sabores de anestésicos, colutorios y demás productos de uso odontológico. La técnica de manejo de conducta será de decir-tocar u oler- hacer y los tratamientos deben realizarse de forma ordenada, evitando los movimientos bruscos, informando anticipadamente de cuál será el próximo paso y lo que percibirá.

Discapacidad auditiva

La hipoacusia o disminución de la capacidad auditiva de una persona puede afectar a todas las frecuencias audibles o selectivamente a los tonos agudos y graves, entendiéndose por sordera total, la forma grave y completa que supondrá que la comunicación con el paciente se vea comprometida. La mayor severidad de estos pacientes en la asistencia odontológica, destaca como problema fundamental la falta de comunicación del paciente con el odontólogo, dándose con mayor frecuencia, aún si el odontólogo no se quita la mascarilla al comunicarse con estos pacientes. Los pacientes con discapacidad auditiva pueden ser leedores de labios, usuarios de lenguaje de signos y portadores de audífonos.

La asistencia odontológica del paciente con discapacidad auditiva, debe ser personalizada ya que cada niño es diferente dependiendo de la educación recibida, habilidad comunicativa, factores familiares y la existencia de problemas asociados, tales como discapacidad intelectual, grado de sordera, edad, etc.

Si no hay discapacidad intelectual asociada, son buenos pacientes y permiten que se les trate de forma natural de modo ambulatorio⁷³ (Boj, 2011, pp. 645-646).

Protocolo de atención en el paciente con discapacidad auditiva

El manejo clínico debe estar lleno sobre todo de paciencia. En la mayoría de los casos el paciente acude a la consulta con un intérprete, en muchos casos este papel es desempeñado por los padres.

La presencia de una deficiencia auditiva será referida en la historia clínica. Se solicitará un historial médico completo del paciente donde se reflejen los trastornos asociados a la sordera, así como su estado físico y psicológico.

La atención al sordo en la clínica dental es una labor de equipo, serán partícipes: el paciente, el odontólogo, el auxiliar, los padres y los educadores.

Para la primera visita a la clínica será aconsejable mostrarle libros y folletos que le ofrezcan una imagen realista de esa nueva situación. El modelado es también muy útil, observando el buen comportamiento de otro paciente con el fin de que lo imite.

El auxiliar no llamará al paciente por su nombre, a no ser que se acerque a él; le conducirá al sillón dental, situándose el odontólogo, el auxiliar y el intérprete de tal forma que el paciente pueda verlos con facilidad.

El odontólogo y el auxiliar comunicarán sus ideas mediante gestos, expresiones faciales y formación lenta de la palabra, evitando así que el paciente se sienta aislado.

⁷³Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

Una caricia o un apretón de manos constituyen un refuerzo positivo para el paciente, siendo para el sordo una forma importante de expresar agrado hacia él o alentarle a seguir adelante con el tratamiento.

El odontólogo deberá explicar todo lo que sucede, ya que el paciente sordo teme mucho lo desconocido. Se le mostrarán los instrumentos y el equipo, se le informará de las vibraciones, que debidas al equipo va a sentir, advirtiéndole que son normales. La secuencia de trabajo será siempre mostrar-hacer.

La utilización del dique de goma en los procedimientos dentales puede generar un comportamiento negativo si le impide la visión, ya que es la forma principal de comunicación por parte del paciente, aumentando así el aislamiento y la ansiedad.

Durante las explicaciones es aconsejable no usar mascarillas, ya que éstas les impiden ver nuestros gestos, así como leer los labios, negándoles la mayor parte de las expresiones faciales.

El lenguaje corporal y la expresión facial juegan un papel muy importante en la comunicación con el paciente sordo. Es de particular relevancia que durante su estancia en la consulta dental el paciente sordo sienta que los miembros del equipo de salud trabajan con calma, están relajados y le tratan con tacto y de forma amistosa⁷⁴.

La comunicación visual es muy importante, no llevar puesta la mascarilla cuando se dirija al paciente para poder transmitir mayor amabilidad, se debe utilizar

⁷⁴ Odontología online. (s.f.). *Paciente discapacitado normas para su atención en odontología*. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/pacientes-especiales/item/paciente-discapacitado-normas-para-su-atencion-en-odontologia.html>

gestos en la comunicación, los tratamientos deben ser cortos explicándole al paciente lo que se le hará, enseñándole los instrumentos, el personal del consultorio debe ser sensible a estos pacientes, evitando retrasos innecesarios, reduciendo los ruidos añadidos⁷⁵ (Boj, 2011, p. 646).

La técnica decir-mostrar-hacer que en caso de infantes cambia a decir-mostrar-tocar o decir-mostrar-gustar y que se refiere a que estos pequeños quieren tocar todo. Es importante darles a oler algunos materiales como la pasta profiláctica, el flúor. Se debe tener en cuenta que la conducta de los niños sordos es muy compleja, ya que son retraídos, solitarios, inseguros y miedosos, incluso algunos pueden ser agresivos⁷⁶.

2.2.3. Atención odontológica

La visita al consultorio odontológico nunca ha sido agradable, ya que siempre ha sido asociada con el dolor; por lo que el paciente llega generalmente con mucha ansiedad y miedo, además la mayoría de las veces los tratamientos son largos, lo que implica varias sesiones o consultas para terminarlos. Por lo tanto, desde la entrada de un paciente al consultorio odontológico hasta que sale de él, la atención debe darse en un entorno cordial y armónico donde se pueda sentir cómodo y en confianza; en todo esto desempeña un papel muy importante el auxiliar de consultorio.

Al abrir la puerta y hacer pasar al paciente, se debe acudir sin guantes ni mascarillas para no crear una barrera física, saludar de una manera cordial y siempre con una sonrisa. Registrar sus datos personales y en caso de que la

⁷⁵Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

⁷⁶Manejo estomatológico del niño con hipoacusia. (s.f.). Recuperado de http://www.cultura-sorda.eu/resources/Madrigal_Martinez_Teja_Canto_Manejo_estomatologico_nino_sordo_hipoacusia.pdf

espera vaya a ser larga por complicación de algún tratamiento o retraso en la atención, comunicarle y calcularle el tiempo que un tendrá que esperar. En el momento de la atención se debe dirigir al paciente por su nombre, se le indicará como acomodarse en el sillón, se deberá colocar babero para evitar salpicaduras en su ropa y ofrecer un pañuelo de papel por si tiene que limpiarse la boca en algún momento. Se le explicará al paciente que si desea comunicar algo, levante su mano para retirar el instrumental de la boca, una vez concluido el tratamiento dar las indicaciones de higiene oral es un aspecto de mucha importancia.

En la atención a los pacientes con discapacidad de acuerdo con el tipo de discapacidad (ciegos, sordos, minusválidos, retrasados mentales, etc.), se debe tratar al paciente siempre con la colaboración del acompañante, pero con un ambiente todavía de mayor calidez, comprensión y paciencia; por tanto, es importante que el auxiliar programe para estas personas, citas más largas de lo normal para brindarles todo el tiempo la atención que merecen⁷⁷(Moya et al., 2009, pp. 14-19).

Como lo dice Elías⁷⁸, se debe utilizar separadores de goma, baja lenguas de madera envueltos en gasa y sujetos con hilo dental. Debido al acentuado reflejo de vómito, posición del sillón debe ser poco inclinada y la succión, permanente. Principalmente en los pacientes agitados y de difícil comprensión, debe evitarse la exposición a materiales que puedan causar aprehensión o miedo, como agujas, instrumentos puntiagudos y sucios de sangre. Se debe introducir los materiales e instrumentos en la cavidad oral de forma segura, sujetos con hilo dental, no dejar nada al alcance de las manos y de los pies del paciente y evitar pasar materiales

⁷⁷Moya, M., Pinzón, M., y Florero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*: Royce Editores.

⁷⁸Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

sobre el rostro porque, por el olor o la apariencia, el paciente puede agitarse e impedir la realización de la tarea programada.

Para este grupo de pacientes es muy recomendable la utilización de materiales más durable, como la amalgama de plata. En los pacientes más comprometidos y de difícil control, se recomienda el uso de ionómero vítreo mediante la técnica atraumática de ART o previo uso de Papacarie, porque son métodos eficaces para el control del paciente y de la caries (2008, pp. 126-127).

Coordinación médico-odontólogo

En un niño comprometido desde el punto de vista médico es importante la cooperación entre el médico y el odontólogo, porque puede ocurrir que el tratamiento médico interfiera en el esquema del tratamiento odontológico o viceversa. Se sabe que el bienestar físico de los niños comprometidos está directamente ligado a la óptima salud bucal. Por lo tanto, es de primordial importancia la cooperación médico-odontólogo en la planificación del régimen del tratamiento de este niño.

Con relación a los medicamentos, sabemos que determinados remedios utilizados por niños comprometidos influyen directamente en la salud bucal. Son ejemplos de ellos los medicamentos azucarados y de formulación viscosa, que aumentan el riesgo de caries, principalmente en aquellos pacientes que presentan control muscular deficiente y que tienden a mantenerlos en la boca durante mucho tiempo, lo que aumenta su potencial cariogénico; la aparición de hiperplasia gingival ocasionada por el uso de anticonvulsivos a base de hidantoínatos; los sedantes, barbitúricos y otras drogas para control muscular que tienden a disminuir el flujo salivar⁷⁹(Elías, 2008, pp. 122-123).

La interconsulta con el médico es fundamental en la atención odontológica de un paciente con discapacidad, para conocer detalladamente su discapacidad y así saber cómo tratarlo.

⁷⁹Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

Calidad en el servicio

Como lo dice Moya⁸⁰, en la actualidad la diferencia para adquirir un bien o un servicio radica en la calidad de éste, la oferta en los servicios de salud ha aumentado y dentro de éstos los servicios de odontología (2009, p. 17).

Definición de calidad

“Calidad es la propiedad que la atención médica puede poseer en grado variable”⁸¹ (Barrancos, 2008, p. 44).

Calidad en salud

Según Moya⁸², es la utilización óptima y segura de los recursos científicos y físicos en una institución de salud, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

Ventajas de la calidad

Mayor retención de los usuarios, menos quejas y reclamos por parte del usuario, reducción de costos, mayor participación en el mercado y supervivencia en él, mayor satisfacción y compromiso de los empleados o clientes internos.

Características de la calidad en salud

Eficacia: capacidad de producir los resultados esperados.

Eficiencia: producir los mejores resultados con menor costo.

⁸⁰Moya, M., Pinzón, M., y Florero, D. (2009). *Manual de odontología básica integrada*: Royce Editores.

⁸¹Barrancos, M., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

⁸²Moya, M., Pinzón, M., y Florero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*: Royce Editores.

Efectividad: es el grado máximo de mejoramiento de la salud con la mejor atención disponible y a costos razonables. Es la suma de eficacia y eficiencia.

Accesibilidad: posibilidad de acceder fácilmente en cuanto a términos geográficos y económicos a un servicio de salud.

Oportunidad: capacidad de satisfacer la necesidad de salud al usuario, en el momento que requiere el servicio.

Seguridad: atención en salud con todas las medidas necesarias para minimizar los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención.

Pertinencia: la atención se realiza para el propósito que consultó el usuario, grado en el cual éste obtiene el servicio que requiere.

Continuidad: atención continua del usuario, a través de una serie de acciones o actividades de secuencia lógica y racional.

Integralidad: manejo del paciente en todas las acciones en salud: promoción, prevención, curación, rehabilitación.

Racionalidad técnico-científica: es el conocimiento del profesional y toda la tecnología a disposición del usuario para atender sus problemas de salud.

Atención humanizada: es tener en cuenta las necesidades del usuario o del paciente.

Satisfacción del usuario: es la complacencia de éste con la atención recibida.

Lo básico para lograr la excelencia en el servicio es conformar un verdadero equipo de salud oral (odontólogo, auxiliar de consultorio, auxiliar, auxiliar de

higiene oral), que trabajen con una misma misión, una visión e iguales objetivos (2009, pp. 17-19).

Valoración psicológica

Muchos profesionales de Odontología coinciden que una buena comunicación es, la clave del éxito en la práctica clínica. Esta comunicación dependerá de muchos factores, como la capacidad del profesional para valorar los aspectos psicológicos de sus pacientes. Esto le permitirá tratar, además de a los pacientes con buena predisposición al tratamiento, también a ese grupo, cada vez más amplio, de pacientes ansiosos, deprimidos o estresados de la forma más adecuada.

En muchas ocasiones el profesional confía en su experiencia para valorar, de manera empírica y sin un protocolo definido, el estado psicológico del paciente. Detectar cuál es la situación psicológica del paciente afecta de forma directa a la planificación del tratamiento y al resultado final. Los investigadores han encontrado que los pacientes ansiosos, estresados, deprimidos o temerosos del dolor tienen una peor cicatrización, un peor postoperatorio después de los tratamientos y requieren más medicación que los pacientes que enfrentan tranquilos la situación.

Justificación de la valoración psicológica

Obtener mayor cooperación y satisfacción profesional/paciente.

Indicar el tratamiento más beneficioso, aceptable y accesible para cada paciente.

Conseguir el éxito del tratamiento.

Aunque indudablemente una buena valoración psicológica requiere un mínimo de formación e interés por las técnicas de comunicación, de motivación, de control de la conducta y de crecimiento y desarrollo personal, nuestro mejor recurso para acercarnos a las necesidades de nuestro paciente es escuchar atentamente, estar disponible y no distraído⁸³ (Enrile de Rojas y Fuenmayor, 2009, p. 144).

Involucramiento del responsable del paciente en la consulta odontológica

La comunicación que se desarrolle con los padres o la persona que acompañe al paciente a la consulta es de prioridad para su manejo en el tratamiento, por lo cual su presencia en la consulta es recomendable ya que no solo permite incorporarlos dentro del plan de trabajo sino que es una protección legal importante⁸⁴ (Bordoni et al., 2010, p. 94).

La relación que el odontólogo establezca con el paciente y su acompañante dependerá de la comunicación que se emplee desde la primera cita. La confianza del acompañante y el paciente para relatar su situación de salud general al odontólogo se dará siempre y cuando el profesional muestre interés por conocer cada uno de los aspectos involucrados en la realización de un buen tratamiento.

Información que debe obtener el odontólogo por parte del responsable del paciente

Según Bordoni et al.⁸⁵ (2010), cuando el paciente llega a la consulta, viene antecedido de una historia médico-odontológica que afecta su actitud. Es recomendable, antes de establecer una línea de acción, tomar un poco de tiempo

⁸³Enrile de Rojas, F., y Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene bucal*. Buenos Aires, Argentina; Madrid, España: Médica Panamericana.

⁸⁴Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

⁸⁵Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

para analizar con los padres las experiencias previas y las expectativas frente al tratamiento. Los antecedentes del paciente, como las hospitalizaciones prolongadas que ha tenido, los procedimientos dolorosos o la presencia de una enfermedad afecta indudablemente la predisposición del paciente hacia el tratamiento odontológico.

Es importante indagar sobre el tipo de procedimientos que se le han realizado, el comportamiento del paciente y el trato que ha recibido de otros odontólogos. Situaciones transitorias como un resfriado común hasta enfermedades complejas como las de compromiso sistémico, tienen relación con el comportamiento del paciente en la consulta. Puede ser que un paciente sea normalmente cooperador pero puede cambiar su actitud si presenta algún síntoma o malestar (p. 90)

Consentimiento informado

Todas las instituciones o entidades del sector salud deberían de cumplir con la norma de exigir y realizar la elaboración del documento de consentimiento informado, facilitarles a los profesionales de la salud un tiempo específico para explicar a los pacientes las intervenciones, procedimientos y tratamientos que se le proponen ejecutar, para que el paciente o su familiar otorguen o nieguen voluntariamente el consentimiento. El paciente debe preguntar lo que considere pertinente y luego procederá a firmar el documento.

El consentimiento informado debe ser conservado en la historia clínica del paciente⁸⁶ (Herazo, 2007, p.118).

⁸⁶Herazo, B. (2007). *Consentimiento informado para procedimientos, intervenciones y tratamientos en salud*: Ecoe ediciones.

2.2.4. Miedo

El miedo al dentista es un sentimiento generalizado y en estado latente. Se presenta frente a una intervención nueva o conocida en la boca, que es una parte del cuerpo revestida de contenidos emocionales.

El miedo es un mecanismo importante de autodefensa que sirve para preservar la especie. Puede fluctuar desde una conducta aparentemente impasible hasta un despliegue violento de ira. El miedo se ve influenciado por los adultos al comentar experiencias negativas que provocan un estado de ansiedad en el paciente.

Abordaje odontológico

Observar al paciente. Las reacciones frente al miedo pueden producirse en forma silenciosa mientras el paciente permanece con la boca abierta. Observar si aprieta sus manos, si tiene los pies contraídos, o sus ojos están brillosos. Ésta es una señal de alarma que nos indica la situación emocional que puede conducir a un cambio brusco en un momento inmediato o la interrupción del tratamiento⁸⁷(Bordoni et al., 2010, pp. 73-74).

Según Barrancos el miedo al odontólogo es:

Miedo al profesional, al poder que posee sobre los pacientes cuando están indefensos sentados en el sillón dental. Miedo a que haga cosas que las personas no consienten que se les hagan. En estos casos, el profesional puede hablar con el paciente para disipar muchas dudas, preguntándole a qué le teme y discutirlo antes de comenzar el tratamiento⁸⁸ (Barrancos, 2008, p. 98).

⁸⁷Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

⁸⁸Barrancos, M., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

El pensamiento de Rivas es que, “El peor momento para llevar a un niño a tratamiento dental es cuando sufre de dolor dental ya que relacionará la Odontología con el dolor y puede crear una actitud negativa para futuros tratamientos”⁸⁹ (2011, p. 63).

Tipos de miedo

Bordoni et al. (2010) realizaron tres categorías: temores innatos, de desarrollo y por experiencias traumáticas.

Temores innatos

Son los que el individuo trae al nacer; miedo a los ruidos intensos y repentinos, a perder el equilibrio, a las tormentas.

Temores del desarrollo

Aparecen a determinadas edades, tienen que ver con fantasías inconscientes como miedo a la oscuridad, a lo desconocido o desacostumbrado, a los animales.

Temores por experiencias traumáticas

El niño más inteligente aprende a distinguir más rápido el peligro real del imaginario. Hay temores relacionados con experiencias difíciles, a veces repetidas, que dejaron huellas en la persona, como un nacimiento traumático, una intervención quirúrgica o un accidente.

⁸⁹ Rivas, V. (2011). *Salud oral comunitaria*. Perú. Universidad privada de Tacna.

Causas del miedo

Situación es el conjunto de las realidades cósmicas sociales e históricas en cuyo seno ha de ejecutar un hombre los actos de su experiencia personal. La situación puede volverse compleja causa de diferentes tipos de miedo, por experiencias dolorosas tempranas, por estrés sufrido o por maltrato infantil.

Dolor

El dolor es una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por una causa interior o exterior.

Es una experiencia perceptiva, cognitiva y afectiva desagradable que incluye una secuencia progresiva de cambios en el organismo, en gran medida reflejas o genéticas, que pueden ser modificadas por influencias activadoras, inhibitorias o moduladoras.

El dolor dental puede producir situaciones antagónicas: un paciente puede cerrar la boca, cubrirla con sus manos y no querer ser atendido; otro puede permanecer con la boca abierta en total sumisión y su cuerpo estar tenso y otro puede aceptar el tratamiento porque desea dejar de sufrir.

Maltrato

El maltrato es un problema social al que cada vez se le da mayor relevancia. Su abordaje representa diversos problemas. El paciente podrá padecer de alteraciones de la memoria y de la percepción, negación masiva, disociación y ansiedad. Puede presentarse triste y silencioso o furioso y agresivo.

Estrés

El estrés puede ser definido como procesos de origen social que actuarían como determinantes o coadyuvantes no específicos, que pueden aumentar la susceptibilidad del organismo frente a un estímulo nocivo directo.

La consulta dental suele ser un motivo de estrés. El odontólogo que acepta ésta premisa puede disminuir los factores estresantes, amparando y permitiendo al paciente introducirse en la odontología con el tiempo necesario, según su edad e historia personal⁹⁰ (p. 71-76).

Una de la situaciones de riesgo que debe considerarse en los pacientes medicamente comprometidos es el estrés y la ansiedad extrema. En el sujeto sano, los cambios fisiológicos que se producen suelen ser compensados rápidamente debido a su capacidad de resistencia al estrés. Sin embargo, en los pacientes especiales medicamente comprometidos estos cambios pueden ser no compensados, lo que da lugar a una complicación o agravamiento en su estado de salud, pudiendo llegar a desencadenarse una emergencia médica⁹¹ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 18).

2.2.5. Colaboración en la consulta odontológica

Formas de colaboración de los pacientes

Clasificación sobre el comportamiento de los pacientes:

Colaborador. Paciente que pasa por la consulta sin dejar huella, abre la boca, se le trata y se va. No da ningún problema en la atención.

Potencialmente colaborador. Estos pacientes tienen capacidad de cooperar, por tanto, la conducta del niño en la consulta puede ser modificada mediante técnicas y convertirse en un niño colaborador.

⁹⁰Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

⁹¹Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

Colaborador resignado. Colabora en todo, no se inmuta por nada, e incluso si le duele se aguanta, se deja hacer todo sin protestar. Sin embargo se comporta de manera cerrada y triste. Hay que tener mucha paciencia, hablarles mucho y tranquilizarlos.

Colaborador disciplinado. Es un paciente con sentimientos de adversidad, que está educado hacia el autocontrol, o que es muy mayor como para montar un numerito y se controla la vergüenza. Su comportamiento es debido a experiencias anteriores adversas. Se debe demostrar que conocemos su miedo y lo entendemos, emplear técnicas acondicionadoras, y agradecerle su colaboración.

Colaborador dormilón. Un paciente de corta edad, con hambre o llevan sedación. Se les puede dejar dormir y trabajar con abre bocas.

Adverso abiertamente. Es un paciente que llega con mucho miedo. Es difícil conseguir que se siente en el sillón y abra la boca. Si se sienta lo hace rígido y cierra la boca, oprime los dientes con fuerza, evita el contacto ocular e ignora cualquier otro tipo de comunicación.

Adverso manipulador. Suelen ser pacientes con malas experiencias anteriores mal educados. Son pacientes muy ruidosos que pegan patadas, golpes pisotones, es fácil que tosa, vomite o grite de forma histérica para llamar la atención de sus padres.

Falta de capacidad de colaboración. Son pacientes menores de 3 años con los cuales no se puede establecer comunicación, y los discapacitados. No tienen capacidad para cooperar. Para este grupo se emplearán técnicas especiales de

manejo de la conducta así como la sedación e incluso la anestesia general⁹² (Jiménez, 2012, pp. 28-31).

Manejo del comportamiento del paciente en la sesión odontológica

Como bien lo dice Bordoni et al. (2010)⁹³, el manejo del comportamiento del paciente discapacitado es una disciplina basada en el estudio del desarrollo evolutivo y la conducta del niño, consistente en una construcción propia de la odontología, derivada de principios terapéuticos psicológicos mediante el uso de técnicas comunicativas (p. 89).

Sobre el manejo del comportamiento se menciona:

Los odontólogos que trabajan con niños deben manejar distintos enfoques y técnicas, dependiendo del tipo de personalidad del niño. Mientras que un niño de temperamento fácil es lo suficientemente flexible para adaptarse a un cambio rápido de planes, uno con patrón de adaptación lenta requiere más tiempo. Los de temperamento difícil suelen responder mejor a los dentistas que establecen una sólida estructura de apoyo basada en la confianza. Los niños de adaptación lenta requieren del profesional paciencia, calma y sensibilidad⁹⁴ (Cameron y Widmer, 2010, p. 11).

Evaluación y diagnóstico del comportamiento

El comportamiento del paciente en la situación odontológica está influenciado por factores intrasubjetivos e intersubjetivos que el profesional debe conocer. El logro de una comunicación eficaz y el éxito clínico con el paciente parten de un análisis del comportamiento dentro del plan de tratamiento integral.

⁹²Jiménez, M. (2012). *Odontopediatría en atención primaria*. España: Vértice.

⁹³Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

⁹⁴Cameron, A., y Widmer, R. (2010). *Manual de odontología pediátrica*. (3era ed.). Barcelona, España: Elsevier.

Factores intrasubjetivos que influyen en el comportamiento

Los factores intrasubjetivos son aquellos aspectos inherentes al paciente como, su edad, etapa del desarrollo evolutivo, personalidad y condición sistémica y psicológica que puedan influenciar el comportamiento del paciente en la sesión odontológica.

Factores intersubjetivos que influyen en el comportamiento

Existen determinantes que influyen en el comportamiento como la relación del niño con su medio es otro factor que influye de manera importante en el comportamiento. El contexto familiar es, tal vez, el factor intersubjetivo más relevante ya que está relacionado directamente con el papel que desempeñan los padres y acompañantes en toda la situación odontológica.

Factores que inciden en la colaboración

Calidad del tratamiento

Brindar al paciente un tratamiento de calidad, selección adecuada de las técnicas apropiadas, con el fin de realizar procedimientos acordes con los criterios clínicos aceptados.

Seguridad

Proteger la integridad y seguridad física de paciente. Se debe evitar el compromiso de la vía aérea, por bronco aspiración o deglución de materiales u otros objetos. Tampoco deben lacerarse los tejidos blandos con instrumentos rotatorios o punzantes o lastimar físicamente al paciente.

Comunicación

Debe existir comunicación tanto con el paciente como con sus padres. Aún con aquellos pacientes de corta edad puede lograrse una comunicación no verbal. Se busca una interrelación positiva y se trata de evitar la confrontación a pesar de que exista rechazo hacia el tratamiento.

Confianza y motivación

Se busca que tanto el paciente con sus padres desarrollen un actitud positiva y se motiven para regresar a los controles preventivos futuros. Un buen manejo y una buena motivación pueden servir como ayuda eficaz de prevención⁹⁵ (Bordoni et al., 2010, pp. 89-93).

2.3. SISTEMAS DE COMUNICACIÓN

2.3.1. Experiencia profesional

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

⁹⁵Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

de este cuadro, el estomatólogo debe estar familiarizado con las características comunes del incapacitado y poseer información específica de cada paciente en particular (Odontología online. (2012). *Aspectos éticos y bioéticos relacionados con el cuidado y tratamiento del paciente con retraso mental*. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/medicina-estomatologica>).

La experiencia profesional abarca factores que se deben tener en cuenta al momento de la atención de estos pacientes, para facilitar la atención y así conseguir éxito en el tratamiento a realizar. Como los siguientes:

Características de la consulta

Antes de decidir que intervención o técnicas serán aplicadas al paciente, debe prepararse la consulta y la logística de atención. El objetivo del manejo es crear una situación armónica donde todos los detalles se entrelacen para brindarle al paciente un ambiente en el cual se sienta seguro y cómodo. Todos los aspectos relacionados con la atención desde el servicio, los horarios y las instalaciones locativas afectan de manera significativa la comunicación que se establezca con la familia.

Existen diversas consideraciones generales que son de gran utilidad para el odontólogo al planificar la atención del paciente, como:

Ambiente de trabajo

La apariencia física del consultorio debe tener un aspecto ordenado, cómodo, con zonas bien iluminadas. La sala de espera, por ser el lugar donde hay temor y expectativa por la atención, la posibilidad de que haya actividades de distracción como juegos, música o videos constituye una primera técnica de manejo. Además

que exista un aislamiento adecuado de zonas de trabajo con el fin de evitar que el posible ruido o el llanto de otros pacientes puedan disponer al niño en forma negativa.

Modalidad de trabajo

Se debe elaborar un plan de tratamiento organizado y detallado por citas donde éstas se programen en horario adecuados y con un tiempo de trabajo acorde al comportamiento del niño. Así mismo como tener todo el instrumental preparado y disponible con el fin de no perder tiempo que desgaste al niño y le genere mayor ansiedad.

Destreza clínica del odontólogo

De todas las características de la consulta que afectan el comportamiento del paciente, la preparación y entrenamiento del profesional es la más importante. La preparación del estomatólogo en el manejo del comportamiento influye de manera decisiva en la respuesta del paciente. Una actitud amable y serena pero a la vez firme y segura trasmite tranquilidad al niño y sus padres, generando una mejor comunicación y cooperación.

La habilidad clínica del odontólogo es también de sumo valor, y entre los aspectos que deben tenerse en cuenta están: uso y aplicación correcta de la anestesia local, aislamiento del campo operatorio con dique de goma, utilización de sistemas de evacuación de alta velocidad, organización del campo operatorio y

velocidad y destrezas clínicas que permitan trabajar con eficiencia y calidad⁹⁶ (Bordoni et al., 2010, pp. 93-95).

Relación paciente – profesional

La relación que se establece entre el odontólogo y el paciente involucra cuidado, sentimientos confianza, paciencia, poder y sentido de propósito. El propósito en la relación paciente-profesional es ayudar al paciente. La entrevista clínica es el proceso de comunicación entre el paciente y el odontólogo, ésta es de vital importancia para crear un buen vínculo entre estos; para atender a los que lo consultan el odontólogo debe poseer habilidades técnicas, conocimiento científico y calor humano.

La primera entrevista es importante porque en ella se establecen las pautas de lo que será en el futuro la relación paciente-profesional, se define el estilo de relación que se tendrá con la persona y se comenzará a crear el vínculo empático, clave del éxito en la relación y el tratamiento.

Gran parte de los problemas de comunicación surgen por no considerar que el acto de escuchar difiere del de oír, escuchar es oír más interpretar. Asimismo mirar no es lo mismo que ver, el ser receptivo a la comunicación verbal y no verbal es uno de los primeros pasos de una comunicación efectiva⁹⁷ (Barrancos, 2008, pp. 94-95).

⁹⁶Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

⁹⁷ Barrancos, M. y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

Aproximación al paciente

Muchos estudiantes y clínicos en capacitación tienen dificultades para aproximarse con los pacientes; el profesional, debe causar una buena impresión en el paciente, inspirar confianza, seguridad y establecer un trato amigable, considerado y respetuoso.

Es importante considerar la vestimenta y apariencia profesional. La bata clínica es adecuada, sobre todo si en el área de trabajo existen líquidos delicados o corporales, los cuales son fácilmente identificables en una tela clara; tanto para aportar a la anamnesis como para llamar la atención de cuando es necesario lavar la prenda. El trato con el paciente debe hacerse de manera cordial y respetuosa, dirigiéndose a él o ella por su nombre y usando el usted cuando sea necesario. Una excesiva familiaridad, a veces resulta incómoda para el paciente⁹⁸(Sánchez, 2008, pp. 134-135).

Técnicas de manejo de la conducta en la sesión odontológica

Los objetivos del manejo del comportamiento son: reducir o controlar la ansiedad, evitar o minimizar el dolor, hacer que el paciente esté confortable y seguro, enseñarle el comportamiento correcto, inculcarle una actitud positiva hacia su salud oral y posibilitar un tratamiento eficiente y efectivo.

Técnicas de comunicación

La comunicación es la clave para dirigir la conducta. Se debe conocer al paciente antes de sentarlo al sillón, por medio de la información facilitada por los padres y la observación del paciente de sala de espera.

⁹⁸Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. Ciudad de México, México: El manual moderno.

Si se establece una buena comunicación con el paciente, se sentirá física y emocionalmente seguro, mostrándose colaborador⁹⁹(Jiménez, 2012, p. 32).

Comunicativas

Existen diversas técnicas que se clasifican en comunicativas, no comunicativas y farmacológicas. Se discutirá con los padres los métodos de control del comportamiento, que dependerán del tipo de paciente que se trate, lo que mejorará la comunicación con la familia, fortalecerá el vínculo y transmitirá seguridad.

Decir-mostrar-hacer

Consiste en permitir que el paciente conozca los procedimientos que han de aplicarse. Primero se le explica, en un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (hacer). Se recomienda utilizar esta técnica durante toda la cita, para lo cual es de utilidad un espejo de cara. El objetivo es disminuir el miedo del paciente, explicándole una situación que le es desconocida¹⁰⁰(Bordoni et al., 2010, pp.95-96).

Control de voz

Consiste en la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz con el fin de captar la atención y comprensión del paciente, y revertir o evitar conductas negativas. El odontólogo puede hablar en voz alta con el fin de llamar la atención del niño, sacándolo de su conducta interruptiva o cuando este grita. Una vez ganada la atención del paciente el profesional puede bajar la voz

⁹⁹ Jiménez, M. (2012). *Odontopediatría en atención primaria*. España: Vértice.

¹⁰⁰ Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

ajustándola a la del niño. El control de la voz es usado junto con alguna forma de restricción física¹⁰¹(Castillo, 2011, párr.86).

El objetivo del control de voz es principalmente establecer comunicación con el paciente y ejercer autoridad en él. Puede emplearse en cualquier paciente excepto en aquellos que no están en condiciones de asimilar el objetivo de la técnica. Es más útil con aquellos pacientes que ya han desarrollado comunicación verbal y especialmente, con quienes poseen un comportamiento rebelde que pretende manipular a la autoridad.

Comunicación no verbal

Consiste en la utilización de actitudes como el cambio en la expresión facial, la postura y el contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento. El objetivo es establecer comunicación con el paciente y controlar la forma en que percibe sus emociones¹⁰²(Bordoni et al., 2010, pp. 96-97).

Comunicación no verbal es el conjunto de mensajes enviados por un receptor por canales corporales diferentes a la voz. Los tipos de comunicación no verbal son la proxemia, la kinesia, y la paralingüística.

La proxemia

Se refiere a los significados que le dan las personas al manejo de los espacios. Un ejemplo de ellas, son las que tienen el hábito de buscar cercanía física, tocar el brazo de su interlocutor y de hablar con diminutivos o de forma cariñosa o de forma indistinta, aun cuando se están dirigiendo a un desconocido, este tipo de

¹⁰¹ Castillo, R. (2011). *Estomatología pediátrica*. Madrid, España: Ripano. Cap. 4.

¹⁰² Bordoni, N. Escobar, A. y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

comportamientos no es adecuado, al contrario lo adecuado es mantener una distancia social.

Kinesia

Cuando se transmite un mensaje a otras personas no se puede dejar de lado lo que significan las señales de nuestro cuerpo. El cuerpo habla, lo hace a través de la postura, expresión facial, el movimiento de cabeza, y extremidades, todo nuestro cuerpo transmite un mensaje.

El movimiento de brazos y manos; ayudan a dar énfasis a los mensajes y a expresar dominio de una temática. La postura; ubicarse de manera erguida sin demasiada tensión, con un aura de autoridad, favorece las intervenciones en público. La expresión facial; es importante mantener una actitud cálida y abierta que facilite la interacción, establecer contacto visual con las personas para generar empatía y confianza, sonreír siempre que sea posible, y así evitar que se genere temor o reserva en el paciente. La imagen personal; es de mucha importancia en el contacto social. Los profesionales de la salud oral, deben cuidar de manera especial su pulcritud, evidente en su uniforme limpio y adecuadamente dispuesto, en el caso de las mujeres, peinado y maquillaje discretos, uñas bien cuidadas y por supuesto deben dar evidencia en su sonrisa de los cuidados que quieren impartir en su labor.

Paralingüística

La modulación de la voz es importante como el contenido que se pretende transmitir. El tono, el volumen, el énfasis y la velocidad con la que se habla determinan la atención de las personas¹⁰³(López, 2010, pp.11-13).

Refuerzo positivo

Esta técnica busca reforzar una conducta mediante la aprobación de un comportamiento deseado. Siempre que el paciente reaccione de manera positiva, expresándolo verbalmente (elogios) o bien con expresiones faciales de agradecimientos (sonrisas).El premio es otra forma de recompensa siempre que se proporcione como una señal de aprobación. Tampoco deben entregarse al final de la visita si la colaboración no ha sido adecuada pues reforzaremos su mala conducta y el paciente no entiende que esperamos otro tipo de actitud más favorable.

Refuerzo negativo

Se pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la eliminación de una causa de mal comportamiento, como retirar a los padres de la sala de trabajo condicionando su regreso a una mejoría de la conducta.

Tiempo afuera

Es una variación del refuerzo negativo para niños de mayor edad y consiste en suspender temporalmente el tratamiento, dentro de la misma cita, o darla por terminada y pedirles al paciente y a los padres que regresen cuando esté preparado para cooperar. Esta técnica solo debe utilizarse en situaciones muy

¹⁰³López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

específicas en buena cooperación por parte de los padres que haya un grado de desarrollo emocional, pleno entendimiento y buena cooperación por parte de los padres.

El objetivo es modificar el comportamiento mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente, de modo que el tratamiento dependa de su propia voluntad de cooperar. Esta indicado en pacientes adolescentes y preadolescentes. No se debe aplicar en pacientes incapaces de entender la técnica.

Distracción contingente

Consiste en desviar la atención durante el procedimiento, al tiempo que se condiciona su conducta mediante el manejo de contingencias. Puede hacerse con la ayuda de medios audiovisuales o auditivos y, más recientemente, con la realidad virtual, cuyo uso se condiciona a un comportamiento adecuado. Es importante utilizarlos en conjunto con decir-mostrar-hacer, antes de iniciar el tratamiento, con el propósito de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica. El objetivo es distraer al paciente del tratamiento con el fin de disminuir la ansiedad.

Escape contingente

Se busca que el paciente tenga el control de la situación por ejemplo cuando el paciente levante la mano, se interrumpe temporalmente el tratamiento, pero debe realizarse con un condicionamiento, será detenido el tratamiento solo si existe una buena conducta por parte del paciente.

El objetivo es modificar el comportamiento mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente. Esta indicado en pacientes que tengan un desarrollo emocional e intelectual que les permita entender la técnica¹⁰⁴(Bordoni et al., 2010, p.97-99).

Desensibilización

Incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle escenas que guardan relación con sus miedos, las escenas imaginarias deben ser presentadas de forma gradual de manera que poco a poco se introducen situaciones cada vez más próximas al objeto temido¹⁰⁵ (Boj, 2011, p. 116).

Imitación o modelado

Es un método de modificación preoperatorio de la conducta con ayuda de medios audiovisuales, se reproducen películas o videos para brindar un modelo al paciente, en una cita previa al tratamiento. También se puede efectuar con modelos vivientes de paciente, como por ejemplo otro hermano mayor u otro niño de la consulta. Primero se examina al mayor, luego se examina al pequeño mientras el mayor observa¹⁰⁶(Jiménez, 2012, p.37).

No comunicativas

Limitación física

Como bien lo dice Elías, después de realizar la contención psicológica, si no se consigue la colaboración del paciente, se podrá utilizar la inmovilización física que

¹⁰⁴ Bordoni, N. Escobar, A. y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

¹⁰⁵Boj, J. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

¹⁰⁶Jiménez, M. (2012). *Odontopediatría en atención primaria*. España: Vértice.

se hace por medio de fajas de tela con el fin de proteger su integridad física¹⁰⁷(2008, p.125).

Se busca restringir firmemente las articulaciones, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo. Puede hacerlo directamente el odontólogo, el personal auxiliar o los mismos padres o puede usarse un dispositivo de restricción. También se puede inmovilizar la boca, mediante el uso de bloques de mordidas o distintos tipos de abre-bocas. Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres, antes de utilizar la técnica. El objetivo es proteger la integridad física del paciente, con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con parámetros clínicos ideales de calidad. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y del personal auxiliar.

Mano sobre boca

Consiste en poner la mano suave pero firmemente por parte del profesional sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido cuando se encuentre en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos, la asistente controlará las manos y piernas para frenar la agitación y evitar patadas, para de esta manera establecer una comunicación. El retiro de la mano se condiciona a la colaboración del niño. No debe utilizarse poniendo la mano simultáneamente sobre boca y nariz impidiendo la respiración; es importante que el odontólogo no refleje una actitud de enojo. La técnica no busca asustar al niño, sino obtener su atención y silencio. Antes de aplicarla, se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres¹⁰⁸(Bordoni et al., 2010, pp. 98-99).

¹⁰⁷Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

¹⁰⁸Bordoni, N. Escobar, A. y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

Técnicas farmacológicas

Todo odontólogo que desea realizar algún tipo de intervención bajo anestesia general, debe tener la información adecuada sobre la evaluación pre anestésica, técnica, drogas y los procedimientos que le serán aplicados a su paciente por el médico anesthesiólogo, de esta manera, podrá integrarse completamente al procedimiento y realizará un tratamiento odontológico exitoso.

En relación a éste tema, Ramón Castillo refiere:

La mayoría de los pacientes niños, se pueden tratar en un medio dental convencional, con guía de la conducta y bajo anestesia local. Sin embargo, existen niños en los cuales el control del dolor necesita ir más allá del bloqueo físico-químico de las vías anatómicas que lo conducen, ya que estos niños son incapaces de tolerar sin molestias los procedimientos dentales a pesar de una técnica anestésica adecuada. En ellos, se debe entonces adoptar otras medidas con el propósito de controlar la ansiedad y poder realizar el trabajo odontológico requerido¹⁰⁹(Castillo, 2011, párr.94).

Las técnicas farmacológicas son: la sedación y anestesia general. Según Silvestre y Plaza, en la clínica pueden llegar pacientes con discapacidades motoras que impiden controlar los movimientos y también con la falta de comunicación con ellos, como ocurre en los retrasos mentales medios y severos. En estas ocasiones, es necesario recurrir a ciertos fármacos con características sedantes para facilitar en el manejo clínico y el tratamiento odontológico¹¹⁰(2010, p. 256).

Sedación

La sedación se define como un estado inducido por uno o varios fármacos, en el cual el paciente presenta variación en su nivel de consciencia, esta variación va:

¹⁰⁹ Castillo, R. (2011). Estomatología pediátrica. Madrid: Editorial Ripano, cap. 4

¹¹⁰ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

desde una leve depresión del nivel de consciencia, en la cual el paciente está somnoliento pero responde a órdenes, conservando los reflejos de protección de la vía aérea; hasta una depresión intensa de su nivel de consciencia, en la cual el paciente no responde incluso a estímulos dolorosos. Los reflejos de protección pueden estar presentes o no, esto dependerá si se trata de una sedación superficial, también llamada consciente o si se trata de una sedación profunda¹¹¹.

Como bien lo dicen Silvestre y Plaza¹¹², la sedación produce cierta estabilidad hemodinámica, controla la ansiedad, facilita la analgesia y controla un poco la secreción salival. Existen niveles de sedación y distintas vías de inducción posibles: sedación oral o premedicación, por vía mucosa (sublingual e intranasal), por vía intramuscular, por inhalación e intravenosa.

No existe ningún fármaco que por sí solo en combinación ejerza plenamente las acciones deseadas como agente de premedicación; tampoco será la sedación ideal para todo tipo de paciente discapacitado. Por ello será el odontólogo quien elija el fármaco adecuado para cada uno en función del nivel de sedación requerido, teniendo en cuenta el conocimiento y experiencia en el manejo del mismo.

En la sedación oral la ventaja por vía oral es la facilidad de administración, la seguridad ante reacciones adversas y el costo reducido. Los inconvenientes son que se requiere la colaboración del paciente o de sus responsables, la absorción errática e incompleta, y un lento comienzo en la aparición de sus efectos.

¹¹¹Acta odontológica venezolana. (s.f.). *Anestesia general y sedación en odontología*. Recuperado de http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/anestesia_general_odontologia.asp

¹¹²Silvestre, F. y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

Actualmente se utilizan los ansiolíticos-sedantes entre los que hay: las benzodiacepinas, el meprobamato, la hidroxicina y la prometacina.

Las benzodiacepinas son un grupo de fármacos con un amplio espectro de acción sobre el sistema nervioso central que tiene efecto ansiolítico, sedante, anticonvulsivante y relajante muscular. Las más utilizadas en odontología se encuentran el diacepam, que es de larga duración, el lorazepam de media y el Midazolam de corto.

La vía intravenosa estará indicada en el tratamiento odontológico de pacientes con discapacidad con problemas médicos que no sean capaces de tolerar el estrés con normalidad y ante ciertos tratamientos simples que no requieran la pérdida de conciencia (2011, pp.256-262).

Lo importante es tener contacto con el médico tratante de estos pacientes antes de realizar el control del comportamiento con medicamentos, ya que la sedación química por una parte promueve la relajación muscular, disminuye la ansiedad y las secreciones, puede potenciar otras drogas y aumentar la depresión del sistema nervioso¹¹³(Elías, 2008, p. 125).

Anestesia general

La anestesia general se define como un estado inducido y controlado de pérdida de conciencia reversible, hipnosis, amnesia, analgesia, y pérdida del tono muscular acompañado por una pérdida parcial o total de reflejos defensivos, incluyendo la capacidad de responder a órdenes verbales. Cuando el grado de comprensión, colaboración o tolerancia es casi nulo o la discapacidad psíquica es

¹¹³Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

importante, se deberá recurrir a la atención bajo anestesia general¹¹⁴(Silvestre y Plaza, 2011, p. 262).

Indicaciones de anestesia general en odontología:

Niños con experiencias previas médico-odontológicas iatrogenizantes y en los que no es posible lograr una comunicación positiva ni la cooperación necesaria para el tratamiento.

Pacientes alérgicos a los anestésicos locales: Los anestésicos locales pueden provocar reacciones de hipersensibilidad en niños y adultos alérgicos.

Niños y adultos con discrasias sanguíneas: La anestesia infiltrativa troncular puede provocar hemorragias en los espacios faríngeos laterales, aun estando el paciente en terapia adecuada para su discrasia.

Enfermedad dental en niños con trastornos psicomotores o trastornos genéticos, en los que se asocia enfermedad dental y retraso mental o trastornos musculoesqueléticos, que impiden el tratamiento convencional con el paciente consciente.

Niños con cardiopatías congénitas en los que se va a practicar un tratamiento extenso en los que esté involucrado remoción de procesos sépticos dentarios, restauraciones múltiples, o cirugía maxilofacial. En los niños portadores de cardiopatías congénitas el efecto de los anestésicos locales con catecolaminas puede ser perjudicial.

Pacientes odontofóbicos.

¹¹⁴ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

Drogas comúnmente usadas en la anestesia general y la sedación

Las drogas comúnmente empleadas en anestesiología serán clasificadas en dos grupos: agentes endovenosos y agentes inhalatorios.

Agentes endovenosos o anestésicos intravenosos

Son drogas que al ser administrados por vía venosa son capaces de producir analgesia, sedación o hipnosis, incluso pueden producir un estado de anestesia general continua. Dentro de este grupo están: Los Barbitúricos: las más empleadas de estas drogas han sido el Tiopental, el tiomilal y Metohexital. En cuanto a su Farmacocinética, estas drogas producen a nivel del sistema nervioso central una rápida hipnosis de corta duración, de 5 a 10 minutos, los efectos dependen de la dosis y pueden variar desde la sedación ligera hasta la inconsciencia. Puede desencadenar apnea, no ofrece analgesia y a dosis pequeñas produce hiperalgesia. En cuanto a su efecto a nivel del Sistema cardiovascular podemos señalar que los barbitúricos producen vasodilatación y depresión miocárdica.

Agentes inhalatorios

Incluye este grupo al óxido nitroso, al enflurano, al Halothano, al isoflurano y más recientemente al Sevoflurano.

Óxido nitroso

Es el más antiguo de los anestésicos inhalatorios pero a pesar de eso, el más usado hoy en día. Es un gas incoloro, inodoro y no irritante, a temperatura ambiente se almacena en forma líquida en cilindros especiales, es un compuesto de oxígeno y nitrógeno que se administra con oxígeno puro 100%, produce una

mezcla que puede administrarse al paciente por medio de una máscara nasal, la cual produce un efecto calmante y de relajación, que al mismo tiempo lo mantiene despierto y con capacidad de comunicarse con el odontólogo. Se difunde rápidamente a la sangre desde el saco alveolar. El N₂O no es alergénico.

La técnica con óxido nitroso está especializada en pacientes ansiosos y temerosos que requieren un tratamiento odontológico. Cuando es suministrado el óxido nitroso al paciente se calma y permite que trabajen sin presentar resistencia. No reemplaza la anestesia. Se aplica por medio de una máscara nasal y presenta un efecto rápido a los 2 o 3 minutos. Permite que el paciente en todo momento este consciente y mantenga todos sus reflejos naturales¹¹⁵.

Agentes halogenados

Halothano y Ethrane, son compuestos hidrocarburos halifáticos, empleados comúnmente en anestesiología para brindar analgesia, inconsciencia y relajación. A nivel cardiovascular los halogenados producen dilatación de los vasos de capacitancia y de resistencia. Se sugiere no infiltrar el tejido subcutáneo o la mucosa¹¹⁶.

En pacientes que sufren de convulsiones es necesario realizar determinaciones de los niveles de antiepilépticos y ajustar la dosis si fuera conveniente, de acuerdo con cada paciente. Deberían evitarse algunos factores desencadenantes, como falta de sueño.

¹¹⁵ Cousiño, M. (2 de mayo de 2008). *Óxido nitroso*. Recuperado de <http://www.dentalmatiascousinochile.cl/2008/05/02/oxido-nitroso/>

¹¹⁶ Acta Odontológica Venezolana. (s.f.). *Anestesia general y sedación en odontología*. Recuperado de http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/anestesia_general_odontologia.asp

Algunos pacientes, especialmente los afectos de epilepsia idiopática generalizada, presentan foto sensibilidad y, si sufren una estimulación por luz intensa pueden desencadenar una crisis epiléptica por lo que se debe tener cuidado al enfocar la lámpara dental y, si se toman fotografías del paciente también del flash protegiendo los ojos del paciente¹¹⁷(Caraballo y Fejerman, 2009, p.255).

En la consulta Göran Koch 2011 propone:

La meta no es generalmente sedarlos tan profundamente que no puedan cooperar durante el tratamiento, porque la sedación profunda puede ser acompañada por la pérdida de los reflejos protectores y por lo tanto el riesgo creciente de aspiración. La sedación consciente, en donde los niños son capaces de mantener su boca y ojos abiertos para comunicarse y cooperar, aumenta usualmente la eficacia de las técnicas para la conducta descritas previamente, y deben por lo tanto ser aplicadas en caso de que se espere que el tratamiento dental sea particularmente estresante¹¹⁸(Göran & Sven, 2011, pp. 41-42).

Musicoterapia

La musicoterapia utiliza sonidos, trozos musicales y estructuras rítmicas para conseguir diferentes resultados terapéuticos a nivel psicológico, psicomotriz, energético y orgánico; uno de los usos cotidianos es la regulación del estado de ánimo, ya que alegra en la depresión o para calmar en medio de estados de excitación producidos por el estrés, la rabia o el miedo.

La función terapéutica se basa en la manera en que trabaja el proceso natural psicológico de perfección auditiva, es decir, cuando el oído registra un sonido el cerebro decodifica lo que se está escuchando para entenderlo y determinar la manera en que deberá reaccionar ante lo que está a nuestro alrededor, ante la

¹¹⁷Caraballo, R. y Fejerman, N. (2009). *Tratamiento de las epilepsias*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

¹¹⁸Göran K., & Sven P. (2011). *Odontopediatría abordaje clínico*. (2da ed.). Caracas, Venezuela: Amolca.

fuente de ese sonido. Contribuye favorablemente el acercamiento a pacientes con autismo, síndrome de Down o que padezca otro tipo de discapacidad ya que aumenta la comunicación y expresión¹¹⁹.

Sobre el empleo terapéutico de la musicoterapia:

Su utilización terapéutica se orienta a la generación de sonidos gratos que se sintonizan con estímulos sonoros, los cuales afectan a la actividad corporal; esto ha sido demostrado desde los sonidos orgánicos-afectivos que se encuentran en los latidos fetales y maternos, pasando por los sonidos instrumentales que se encuentran en las salas de espera de los hospitales, hasta el empleo de sonidos que responden a la historia sonora del paciente¹²⁰ (Dueñas, 2012, p. 62).

Ludoterapia

Piaget veía el juego como una actividad adaptativa que a lo largo del desarrollo ayuda a consolidar las capacidades de reciente adquisición, así como auxiliar en el desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales adicionales. De la misma manera los motivos de competencia de la curiosidad, exploración y manipulación tienen, sin duda una importancia adaptativa para el individuo y, en última instancia para la especie, puesto que la investigación y exploración del ambiente provee del conocimiento que puede utilizarse en momentos de estrés o peligro¹²¹ (Gross y Ortiz, 2012, p. 152).

La definición de este tema para Ricardo Dueñas es el siguiente:

Permite la expresión a los pacientes de su individualidad e incluye los símbolos que facilitan su comunicación a través de juegos. Esta terapia favorece la comunicación efectiva; contribuye a la expresión de sentimientos; disminuye la ansiedad; estrés; temores sobre las enfermedades y tratamientos y desarrolla confianza con los prestadores de salud, facilitando su trabajo¹²²(Dueñas, 2012, p. 62).

¹¹⁹ Ciencias.es. (17 de abril del 2012). *Musicoterapia ¿funciona?* Recuperado de <http://www.ciencias.es/musicoterapia/>

¹²⁰ Dueñas, N. (2012). *Salud y Bienestar*. Quito, Ecuador: Ekos.

¹²¹ Gross, R., y Ortiz, M. (2012). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: El manual moderno.

¹²² Dueñas, N. (2012). *Salud y Bienestar*. Quito, Ecuador: Ekos.

Y Juan Boj considera:

El juego debemos iniciarlo nosotros mismos, pues así nos mostramos más accesibles y reforzamos la comunicación con el paciente infantil. Es necesario disponer de ayudas (marionetas, calidoscopios, juegos electrónicos...) que faciliten captar su atención. Un momento adecuado para su introducción puede ser después de realizar la aplicación de la anestesia local¹²³(Boj, 2011, p. 113).

Investigaciones internacionales se ha demostrado que el juego en el ser humano contribuye al aprendizaje, expresión de sentimientos, canalización de energía, desarrollo de la inteligencia y establece una relación estrecha con el bienestar, el proceso de crecimiento y desarrollo del niño.

En situaciones como la hospitalización, el juego se convierte en una herramienta terapéutica ya que minimiza los niveles de estrés, disminuye la ansiedad, se manejan las preocupaciones y temores relacionados con la patología y los procedimientos¹²⁴.

2.3.2. Ansiedad

Durante las últimas décadas, la práctica odontológica diaria se ha beneficiado de los grandes avances de la técnica, la tecnología y los materiales, así como de los procedimientos de control de infecciones. Al mismo tiempo, ha mejorado la conciencia pública con respecto a salud oral. A pesar de estos avances, muchos pacientes sufren de ansiedad relacionada al ambiente dental y a tratamientos dentales específicos y sigue siendo un reto mayor en el suministro de atención dental¹²⁵.

¹²³Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

¹²⁴ Colegio de enfermeras de Costa Rica. (1 de mayo de 2012). *Ludoterapia y estimulación temprana: atención del niño y la niña hospitalizado y su familia*. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/m-13106/images/Art%C3%ADculoReto.pdf>

¹²⁵ Revista de mínima intervención en odontología. (s.f.). *Ansiedad dental: Causas, complicaciones y métodos de manejo*. Recuperado de <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2F>

Definición de ansiedad

Para el Ministerio de sanidad, política social e igualdad del gobierno de España (2011), la ansiedad es: Sentimiento inesperado, agobiando y brusco de terror o aprensión con síntomas somáticos asociados. Los síntomas se inician bruscamente, alcanza su máximo en 10 minutos y duran aproximadamente 30 minutos. También se denomina “ataque de pánico”.

Ante una crisis de ansiedad es fundamental no insistirle al paciente de que no tienen nada, pues su sensación es que sí tiene algo, y además grave¹²⁶(p. 201).

La ansiedad se puede definir como sentimiento de amenaza o miedo con sensación de ahogo, sensación en el estómago y nerviosismo con temblores y sudoración. En realidad es una reacción de alerta.

Cuando la ansiedad se centra en un estímulo específico que produce miedo anticipatorio y mecanismos de evitación se habla de fobia. Se inicia el estado de ansiedad cuando se aproxima el estímulo fóbico y cede cuando las conductas de evitación y su intensidad varían desde estados leves hasta estados de pánico.

La asistencia a la consulta odontológica es una de las fobias más frecuentes que existen, y se estima que casi un 90% de las personas, presentan un cierto grado de ansiedad ante los tratamientos dentales, especialmente los de tipo quirúrgico.

Pero al hablar de la ansiedad en la consulta odontológica se deben considerar dos situaciones: el sufrimiento o incomodidad que puede provocar en cualquier persona, y el riesgo médico que suponen los cambios fisiológicos por la ansiedad en el paciente que presenta un compromiso médico.

mi-compendium.org%2Fjournal%2Findex.php%2FJMID%2Farticle%2Fdownload%2F123%2F121&ei=JzFmUaDPF9Pr0QGPY4DwBA&usg=AFQjCNHOD91_3GOS7RmsCGBkUrhOw5-rg&sig2=gjVBsCJ-dAM9EuKb_9TANg

¹²⁶Ministerio de Sanidad. (2011). Política social e igualdad del Gobierno de España. *Guía de buena práctica clínica en urgencias en el centro de salud rural*. Madrid, España: OMC.

La ansiedad extrema y el estrés producen una serie de cambios fisiológicos que en un paciente sano son compensados rápidamente, mientras que en el paciente medicamente comprometido no existe esa compensación fisiológica y se favorece la aparición de complicaciones o el agravamiento del proceso sistémico que padece el enfermo, lo que puede desencadenar una emergencia médica.

Manifestaciones clínicas de la ansiedad

Entre los cambios fisiológicos que se producen en el organismo ante el estrés y la ansiedad estarán los cardiovasculares, como el aumento de la frecuencia cardiaca, sensación de palpitaciones y aumento de la tensión arterial; en el aparato respiratorio habrá disnea con taquipnea; en el digestivo se apreciara hiposialia y aumento del peristaltismo intestinal; en el neurológico aparecerán temblores, parestesias, cefaleas o vértigos: en el urológico puede haber poliuria y disuria; muscularmente pueden aparecer contracciones o espasmos, y también otros síntomas vegetativos como escalofríos, sudoración fría, mareo, visión borrosa, lagrimeo o sensación de debilidad¹²⁷(Silvestre y Plaza, 2011, p. 296-297).

Causas

Para Ministerio de sanidad, política social e igualdad del gobierno de España (2011), la ansiedad se puede producir como reacción normal a una enfermedad física, como los trastornos cardiacos, las enfermedades respiratorias, las pulmonares, entre otras pueden favorecer una situación de ansiedad en el individuo.

¹²⁷Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

En caso de hiperventilación, se debe colocar una bolsa cerrada sobre nariz y boca con el fin de evitar que se produzca una alcalosis respiratoria.

Además existen otras causas específicas como:

Características de personalidad, temor al dolor, experiencias dentales traumáticas pasadas, particularmente en la infancia (experiencias condicionantes), la influencia de familiares o padres dentalmente ansiosos que despiertan temor en una persona, temor a la sangre y heridas¹²⁸(p. 201).

Consecuencias y complicaciones

La ansiedad dental ha sido asociada fuertemente con un pobre estado de salud oral. La evasión de tratamiento dental está altamente relacionada a los índices de ansiedad y al aumento de morbilidad de caries. Diversos estudios han mostrado que los pacientes altamente ansiosos tienen una probabilidad más alta de concurrencia dental irregular y/o total evasión de atención dental.

Aun cuando los pacientes ansiosos asistan a visitas dentales frecuentes, es probable que eviten citas de seguimiento necesarias para completar el tratamiento dental requerido. Esta evasión de tratamiento dental resulta en la mayor prevalencia de caries, que lleva a una mayor necesidad de rehabilitación oral. Las consecuencias a largo plazo para la dentición pueden explicar por qué la ansiedad dental lleva al aumento en el uso de servicios médicos generales para prescripción de antibióticos y analgésicos.

La ansiedad dental, además de afectar el estado de salud oral del paciente, puede tener un impacto mucho mayor en su vida. La ansiedad dental evoca

¹²⁸Ministerio de sanidad, (2011). Política social e igualdad del gobierno de España. *Guía de buena práctica clínica en urgencias en el centro de salud rural*. Madrid, España: OMC.

respuestas del tipo 'temor o lucha' y pueden llevar a sentimientos de cansancio excesivo luego de una cita dental. Los impactos cognitivos de la ansiedad dental incluyen pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, perturbaciones del sueño y de hábitos alimenticios, y una mayor automedicación.

Manejo de la ansiedad en la consulta odontológica

Para el manejo de pacientes ansiosos puede ponerse en funcionamiento una serie de medidas, por ejemplo: dar suficiente tiempo para la cita dental, minimizar los factores provocadores de estrés como cambiar la configuración del consultorio, el asistente puede colocar los instrumentos donde no se vean o puede cubrirlos, o podría rociar la sala de tratamiento con una fragancia para reducir el aroma clínico; introducir métodos de relajamiento; proveer de control adicional durante el procedimiento; usar técnicas de comunicación como distracción, por ejemplo música con audífonos, anteojos de video, y anteojos de realidad virtual; dar anestesia más eficiente o usar métodos complementarios, como inyectores peristálticos, cremas tópicas; remitir a especialistas cognitivos o de comportamiento o psicólogos para manejo de ansiedad y terapia de comportamiento; dar sedación consciente usando agentes farmacológicos.

Al usar una estrategia multifacética en lugar de confiarse en una sola, se mejora la posibilidad del éxito. El manejo de pacientes con ansiedad variará dependiendo de factores tales como edad de los pacientes, grado previsto de cooperación, y su historia médica y/o dental. El proceder del dentista dirigido a reducir la ansiedad (como mantener maneras calmadas, ser amistoso, dar apoyo moral, ser

reconfortante respecto al dolor, prevenir el dolor, y trabajar eficientemente) ha probado reducir la ansiedad¹²⁹.

La primera cita suele ser la más importante, al igual que con los pacientes normales, ya que preparará el campo para las citas futuras. Se debe disponer de tiempo suficiente como para hablar con los padres y el paciente antes de iniciar cualquier atención dental, así disminuir la ansiedad de ambos y establecer una buena comunicación con ellos. Esta demostración de sinceridad e interés resulta vital en el tratamiento¹³⁰.

Según Boj, una ayuda previa es conocer al niño antes de tratarlo. Los padres pueden informar acerca de sus miedos o experiencias anteriores. También orientará su actitud en la sala de espera. La valoración de la actividad motora del paciente refleja su respuesta frente a una nueva situación pues una mayor actividad puede considerarse un marcador de seguridad y de menor desconfianza. Por otra parte no hay duda de la influencia de los padres en el nivel de ansiedad de los niños en la consulta, y en ocasiones la observación de la actitud de un padre en la consulta nos dará un pista de la conducta a esperar en el paciente¹³¹ (2011, p. 111).

Silvestre y Plaza refieren que se puede evitar la ansiedad mediante el uso de técnicas psicológicas, mantener un ambiente tranquilo y agradable en la clínica. La relación con el paciente debe ser próxima y empática, explicando con detalle la

¹²⁹Revista de mínima intervención en odontología. (s.f.). *Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo*. Recuperado de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmi-compendium.org%2Fjournal%2Findex.php%2FJMID%2Farticle%2Fdownload%2F123%2F121&ei=JzFmUaDPF9Pr0QGPY4DwBA&usg=AFQjCNHOD91_3GOS7RmsCGBkUrhdOw5-rg&sig2=gjVBsCJ-dAM9EuKb_9TANG

¹³⁰Odontología online. (19 de septiembre 2012). *Aspectos éticos y bioéticos relacionados con el cuidado y tratamiento del paciente con retraso mental*. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/medicina-estomatologica>

¹³¹Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

situación de su salud bucodental y sus necesidades del tratamiento. La espera del tratamiento deberá ser lo más corta posible.

El patrón de comunicación es muy importante, tanto en la comunicación verbal como no verbal; especialmente se debe proporcionar una sensación de actitud tranquila y relajada. Los mensajes deberán ser sencillos, directos y tranquilos, evitando palabras que atemoricen o creen inquietud. En pacientes sin compromiso médico se pueden emplear las técnicas psicológicas clásicas o de manejo de conducta tan utilizadas en Odontopediatría, pero adaptadas al tipo y la edad del paciente: técnicas como la distracción haciendo que el paciente se concentre en realizar inspiraciones profundas y muy lentas durante la infiltración de anestésico local, o la técnica de escape contingente, diciéndole que nos levante la mano si nota molestias o dolor, lo que da la sensación de control sobre el procedimiento¹³² (2011, p. 297).

¹³²Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODOS

3.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.

- **Bibliográfica:** la siguiente investigación se realizó basándose en libros e internet
- **De campo:** porque se aplicó en el lugar de los hechos realizando encuestas y observando clínicamente la consulta odontológica en los pacientes con discapacidad.

3.1.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Exploratorio:** ya que la investigación está en contacto con la realidad de los pacientes atendidos en la consulta odontológica de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.
- **Descriptivo:** se recolectó datos a través de las fichas de observación y encuesta al odontólogo.
- **Analítico:** se analizó la comunicación del profesional y su incidencia en la colaboración del paciente discapacitado.
- **Sintético:** la información recolectada se basó en los objetivos propuestos.
- **Propositivo:** porque al finalizar la investigación se realizará una propuesta para mejorar la situación de los pacientes.

3.2. TÉCNICAS

- Observación

- Encuesta

3.3. INSTRUMENTOS

- Formulario de encuesta
- Fichas de observación

3.4. RECURSOS

Talento humano

- Investigadoras
- Tutor de tesis
- Pacientes con discapacidad que acuden a los centros de salud y sus familiares
- Odontólogos que laboran en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1

Tecnológicos

- Cámara fotográfica
- Impresora
- Internet
- Computadora
- Pen drive

Materiales

- Materiales de oficina

Económicos

- Esta investigación tuvo un costo aproximado de US \$ 1.219,90

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. Población

Para el análisis de la investigación se trabajó con el universo constituidos por los pacientes con discapacidad de la Misión Manuela Espejo, que acuden a los centros de salud del Distrito N° 1, que corresponde a 320 personas.

3.5.2. Tamaño de la muestra

Formula de la Z estadística

$$n = \frac{Z^2 PQN}{Z^2 PQ + Ne^2}$$

n: tamaño de la muestra

P: probabilidad de concurrencia 0,5

Q: probabilidad de no concurrencia 0,5

N: universo de estudio 320

Z: nivel de confianza 1,96

e: nivel de significancia 0,10

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)(320)}{(1,96)^2 (0,5)(0,5) + (320)(0,10)^2}$$

$$n = \frac{(3,84)(0,25)(320)}{(3,8416)(0,25) + (320)(0,01)}$$

$$n = \frac{307,32}{0,9604 + 3,2}$$

$$n = \frac{307,32}{4.1604}$$

$$n = 73,84$$

$$n = 74$$

La muestra la constituyen 74 pacientes con discapacidad que asisten a las Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública en Portoviejo.

3.5.3. Tipo de muestreo

Según el problema y los objetivos formados, el estudio es de tipo:

- Probabilística al azar.

3.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una semana antes de la investigación de campo, se visitó a los odontólogos de las Unidades de Salud en los que íbamos a realizar las fichas de observación, de esta manera cada uno de los profesionales colaboró destinando un día disponible para realizar la atención a los pacientes con discapacidad. El departamento de estadística de cada unidad de salud nos ayudó dándonos las direcciones de los pacientes discapacitados que acudían al centro de salud. Debido al corto tiempo disponible, las autoras de este trabajo tuvimos que buscar a cada paciente en sus casas para llevarlos a la atención odontológica y así poder realizar las fichas de observación en cada uno de los pacientes con discapacidad.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

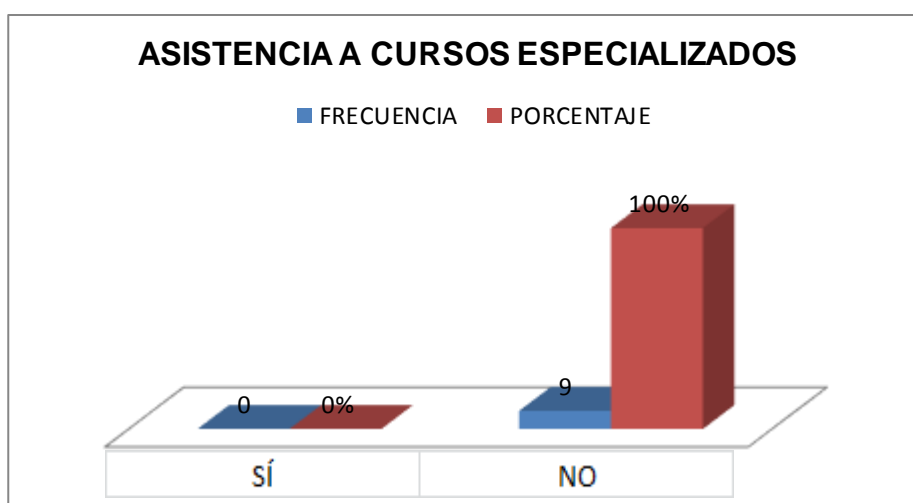
4.1.1. CUADROS Y GRÁFICOS DE ENCUESTAS DIRIGIDAS A LOS ODONTÓLOGOS DE LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL DISTRITO DE SALUD N° 1

CUADRO N° 1

¿HA ASISTIDO A CURSOS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	9	100%
TOTAL	9	100%

GRÁFICO N° 1



FUENTE: encuesta realizada a odontólogos de la unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
ELABORACIÓN: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 1 el 100% de los odontólogos no ha asistido a cursos especializados en atención a pacientes con discapacidad.

Aún es restringido el número de profesionales habilitados para realizar la atención a este grupo de pacientes. Para eso es necesario asistir a un curso especializado, adquirir los conocimientos y la seguridad necesaria, en los que la destreza y la calma serán uno de los factores esenciales¹(Elías, 2008, p. 129). Ver página 14.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos no ha asistido a cursos especializados en la atención de pacientes con discapacidad.

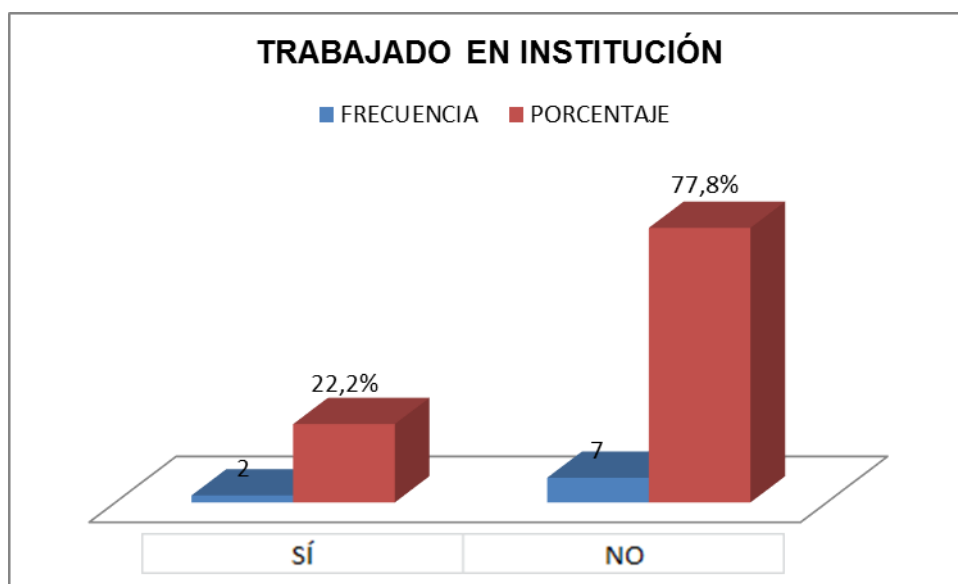
CUADRO N°2

¿HA TRABAJADO EN ALGUNA INSTITUCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	22,2%
NO	7	77,8%
TOTAL	9	100%

¹Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 2



FUENTE: encuesta realizada a odontólogos de la unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
ELABORACIÓN: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 2, el 22,2% de los odontólogos ha trabajado en una institución para la atención de personas con discapacidad que corresponde a 2 odontólogos, uno trabajó por 2 años en la Misión Manuela Espejo, y el otro profesional para el INFA por 6 meses, mientras que el 77,8% que corresponde a 7 odontólogos no han trabajado en instituciones para atención de estos pacientes.

La página web Odontología online, menciona que:

El odontólogo debe tener un conocimiento activo de la psicología y mucha experiencia práctica, las cuales permitan tratar las ansiedades del individuo normal en las consultas². Ver página 69.

Se determinó que la mayoría de odontólogos encuestados no ha trabajado en instituciones especializadas en atención de pacientes con discapacidad.

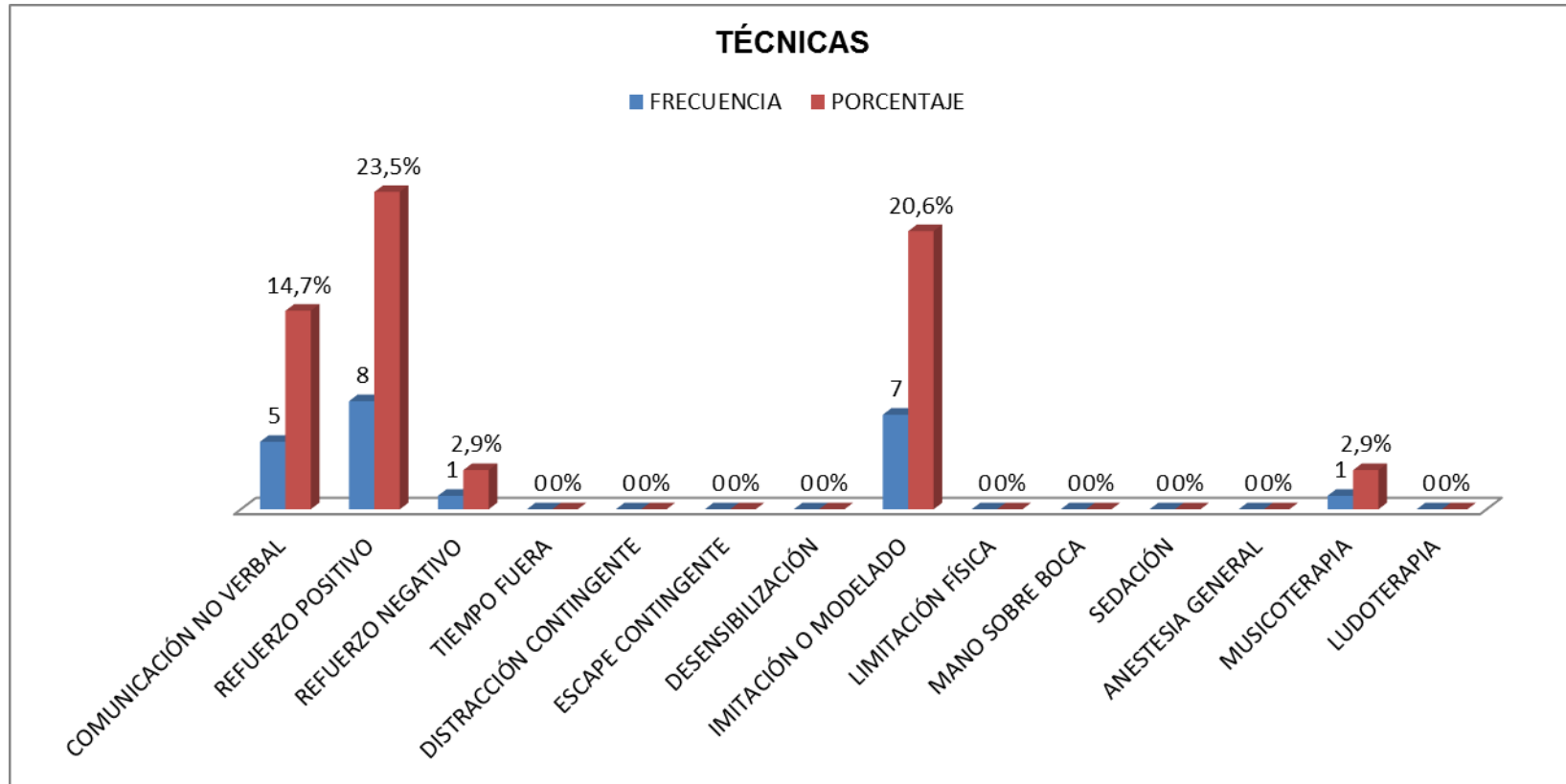
CUADRO N° 3

¿QUÉ TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y MANEJO DE CONDUCTA APLICA EN ESTE CONSULTORIO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DECIR-MOSTRAR-HACER	9	26,5%
CONTROL DE VOZ	3	8,8%
COMUNICACIÓN NO VERBAL	5	14,7%
REFUERZO POSITIVO	8	23,5%
REFUERZO NEGATIVO	1	2,9%
TIEMPO FUERA	0	0%
DISTRACCIÓN CONTINGENTE	0	0%
ESCAPE CONTINGENTE	0	0%
DESENSIBILIZACIÓN	0	0%
IMITACIÓN O MODELADO	7	20,6%
LIMITACIÓN FÍSICA	0	0%
MANO SOBRE BOCA	0	0%
SEDACIÓN	0	0%
ANESTESIA GENERAL	0	0%
MUSICOTERAPIA	1	2,9%
LUDOTERAPIA	0	0%
TOTAL	34	100%

²Odontología online. (2012). Aspectos éticos y bioéticos relacionados con el cuidado y tratamiento del paciente con retraso mental. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/medicina-estomatologica>

GRÁFICO N° 3



FUENTE: Encuesta realizada a odontólogos de las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1
ELABORACIÓN: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 3 el 26,5% de los odontólogos encuestados emplea en su consultorio la técnica decir-mostrar-hacer, el 8,8% la técnica control de voz, el 14,7% la técnica de comunicación no verbal, el 23,5% emplea el refuerzo positivo, el 2,9% el refuerzo negativo, el 20,6% emplea la imitación o modelado y el 2,9% emplea musicoterapia en el consultorio odontológico.

Existen diversas técnicas que se clasifican en comunicativas, no comunicativas y farmacológicas³ (Bordoni et al., 2010, p. 95). Ver página 74.

Se determinó que la técnica de comunicación y manejo de conducta más utilizada por los odontólogos encuestados es la técnica decir-mostrar-hacer, la cual corresponde al 26,5%.

4.1.2. CUADROS Y GRÁFICOS DE FICHA DE OBSERVACIÓN AL ODONTÓLOGO EN LA CONSULTA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

DISCAPACIDADES FÍSICAS

PARÁLISIS CEREBRAL

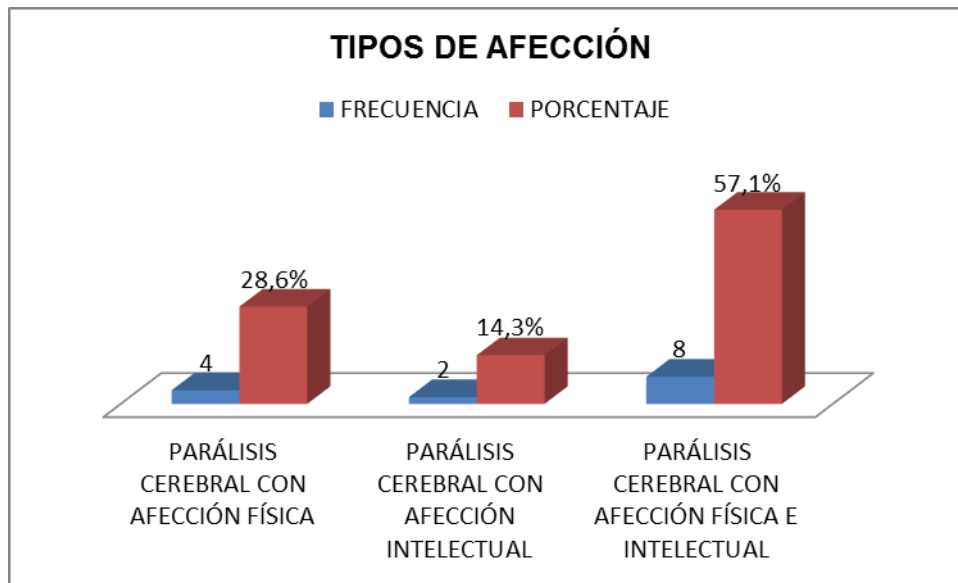
CUADRO N° 1

TIPOS DE AFECCIÓN

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARÁLISIS CEREBRAL CON AFECCIÓN FÍSICA	4	28,6%
PARÁLISIS CEREBRAL CON AFECCIÓN INTELLECTUAL	2	14,3%
PARÁLISIS CEREBRAL CON AFECCIÓN FÍSICA E INTELLECTUAL	8	57,1%
TOTAL	14	100%

³ Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

GRÁFICO N° 1



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro n° 1 sobre los tipos de afección que presentaban los pacientes con parálisis cerebral es: con afección física el 28,6%, con afección intelectual el 14,3% y con afección física e intelectual el 57,1%.

Los individuos se manifiestan con debilidad muscular y disfunción motora.....La mitad de estos pacientes presenta un coeficiente intelectual superior a 60; tan sólo un 25% tiene retraso mental profundo y carece de deficiencia cognitiva alguna⁴ (Silvestre y Plaza, 2011, pp. 269-272). Ver página 22 y 24.

Se determinó que el 57% de pacientes con parálisis cerebral presentó afección física e intelectual.

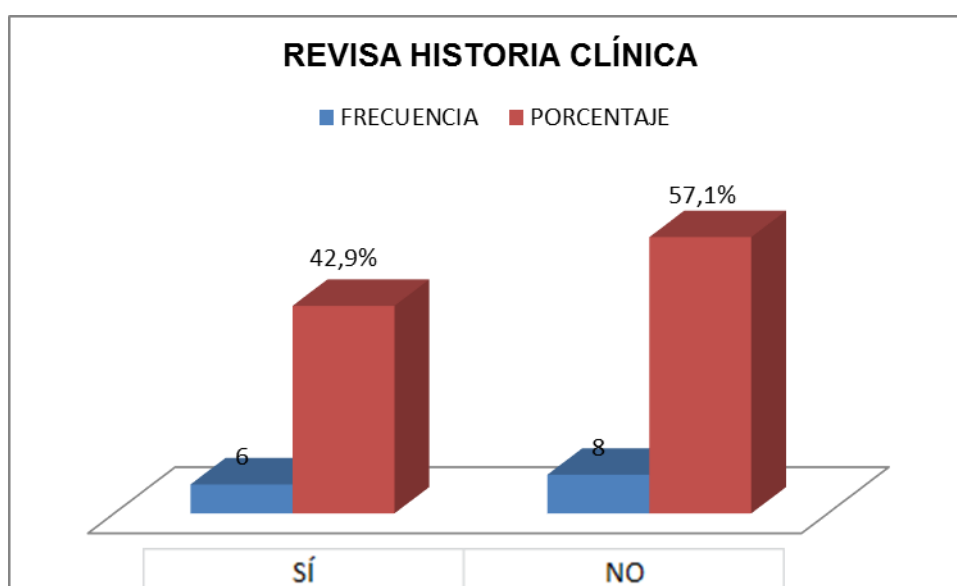
⁴ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

CUADRO N° 2

REVISA DETALLADAMENTE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	6	42,9%
NO	8	57,1%
TOTAL	14	100%

GRÁFICO N° 2



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 2, el 42,9% revisa detalladamente la historia clínica del paciente con parálisis cerebral, y el 57,1% no lo hace.

Al llenar la historia clínica, se deberá conocer sus antecedentes y el origen del proceso, así como la relación o coexistencia con otros procesos sistémicos⁵ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 272). Ver página 26.

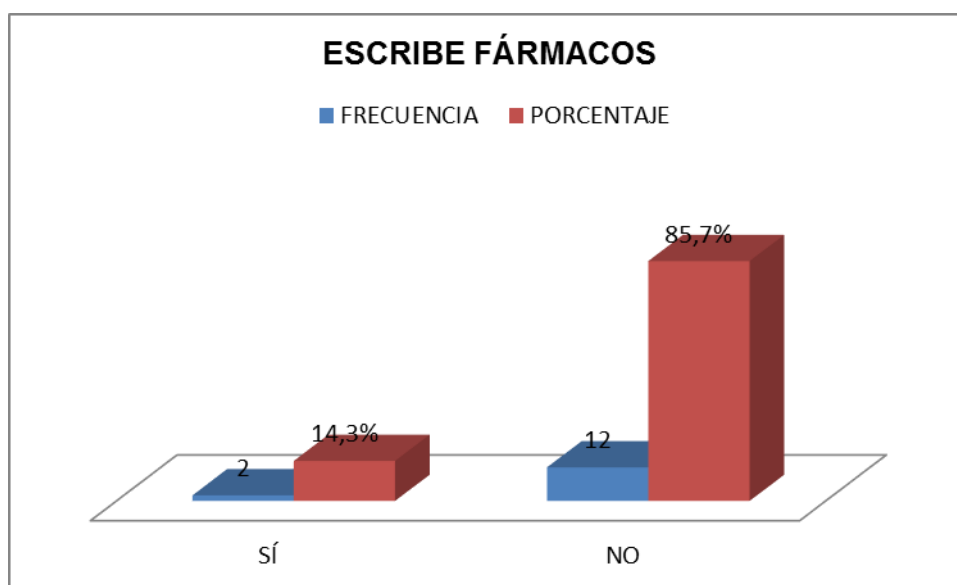
Por los datos obtenidos la mayoría de los odontólogos no revisan detalladamente la historia clínica del paciente con parálisis cerebral.

CUADRO N° 3

ESCRIBE LOS FÁRMACOS QUE INGIERE EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	14,3%
NO	12	85,7%
TOTAL	14	100%

GRÁFICO N° 3



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁵ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 3, el 14,3% de los profesionales escribe en la historia clínica los fármacos que ingiere el paciente, mientras un 85,7% no lo hace.

Escribir los fármacos que esté tomando, su grado de comunicación y las posibles interacciones de las alteraciones sistémicas a la hora de realizar un tratamiento dental⁶ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 272). Ver página 26.

Por los datos obtenidos se dice que la mayoría de los odontólogos no escribe los fármacos que ingiere el paciente.

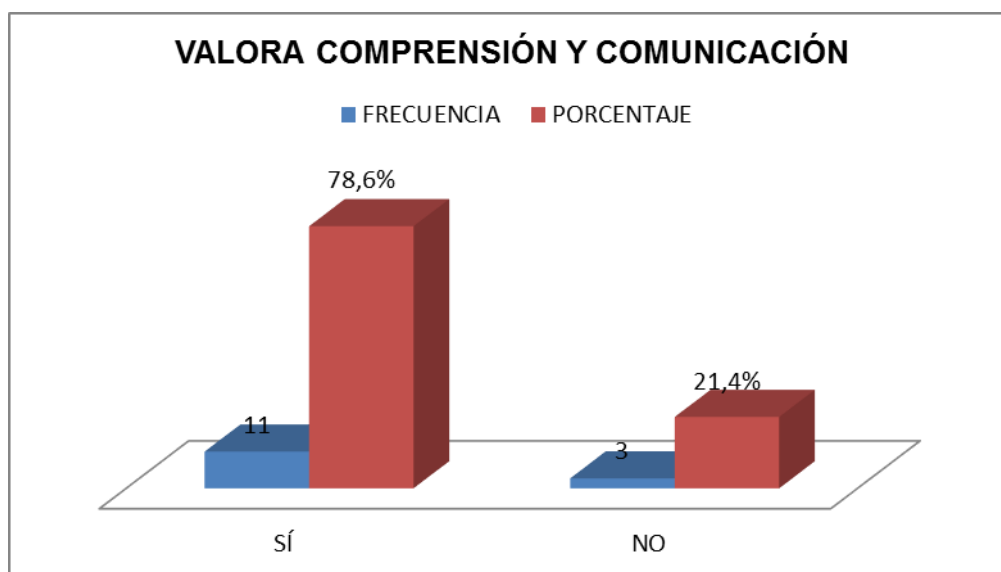
CUADRO N° 4

VALORA EL PROFESIONAL LA CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	11	78,6%
NO	3	21,4%
TOTAL	14	100%

⁶ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

GRÁFICO N° 4



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 4 el 78,4% de los odontólogos valora la capacidad de comprensión y comunicación de los pacientes con parálisis cerebral y el 21,4% no lo hace.

Será fundamental valorar su capacidad de comprensión y comunicación para crear vías de comunicación recíproca⁷ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 272). Ver página 26.

Se obtuvo mediante las fichas de observación que la mayoría de los odontólogos valora la capacidad de comprensión y comunicación en los pacientes con parálisis cerebral.

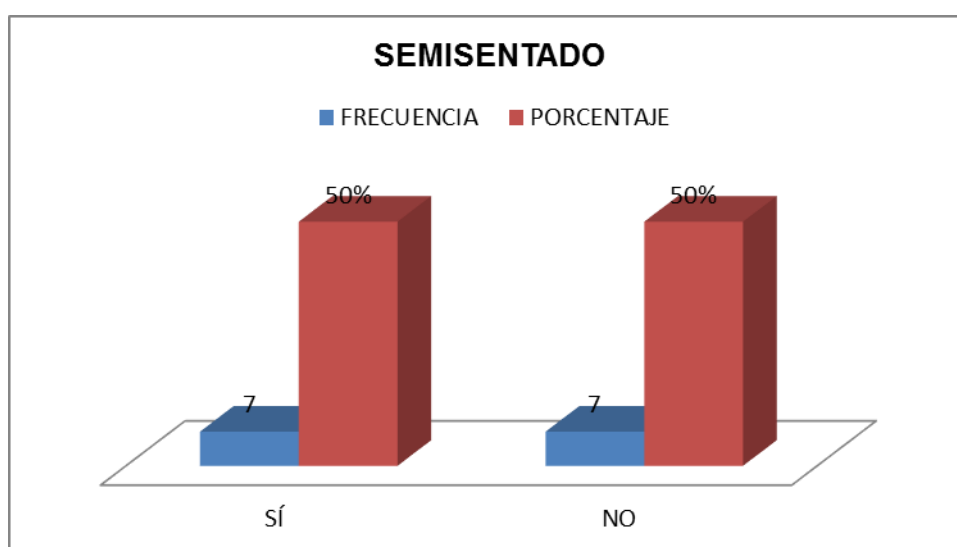
¹⁴¹Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

CUADRO N° 5

COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN SEMISENTADA

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	7	50%
NO	7	50%
TOTAL	14	100%

GRÁFICO N°5



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 5, el 50% de los odontólogos colocó a los pacientes con parálisis cerebral en posición semisentada y el otro 50% no lo hizo.

La atención del paciente debe ser en horas de la mañana, con un ambiente agradable y placentero, posición semisentado utilizando cojines para apoyar las extremidades⁸ (Velásquez, 2010, p. 212). Ver página 26-27.

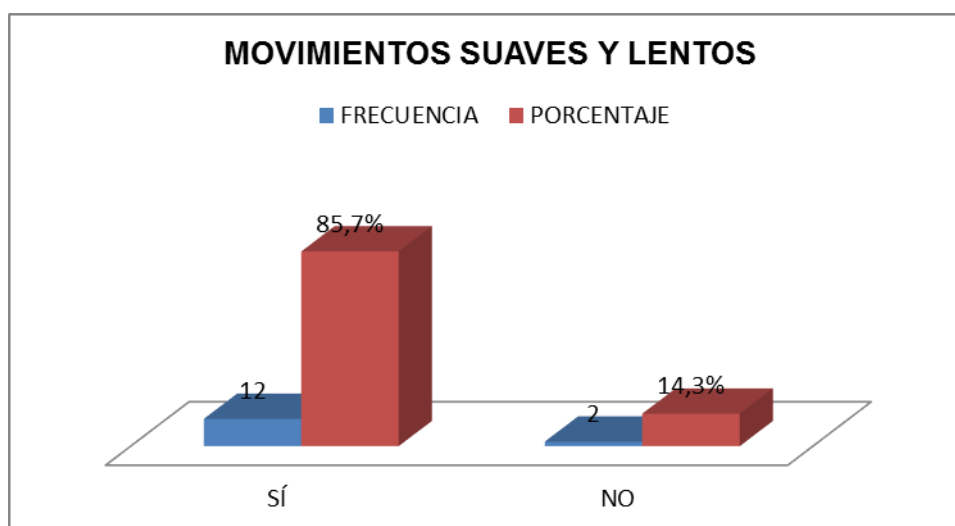
Por los datos obtenidos se comprobó que el 50% de los odontólogos colocó a sus pacientes con parálisis cerebral en el sillón en posición semisentada y el otro 50% no lo realizó.

CUADRO N° 6

REALIZA MOVIMIENTOS SUAVES Y LENTOS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	12	85,7%
NO	2	14,3%
TOTAL	14	100%

GRÁFICO N° 6



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁸ Velásquez, J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. Medellín, Colombia: Health Book's. .

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 6 el 85,7% de los odontólogos realizan movimientos y procedimientos operatorios suaves y lentos en los pacientes con parálisis cerebral, mientras que un 14,3% no lo hace.

Evitar los estímulos bruscos y fuertes, realizar los movimientos y procedimientos lo más suave y lento posible, utilizar cuñas digitales y abre bocas⁹ (Velásquez, 2010, p. 212). Ver página 26-27.

Se obtuvo mediante las fichas de observación que la mayoría de los profesionales realizan movimientos suaves y lentos en los procedimientos odontológicos

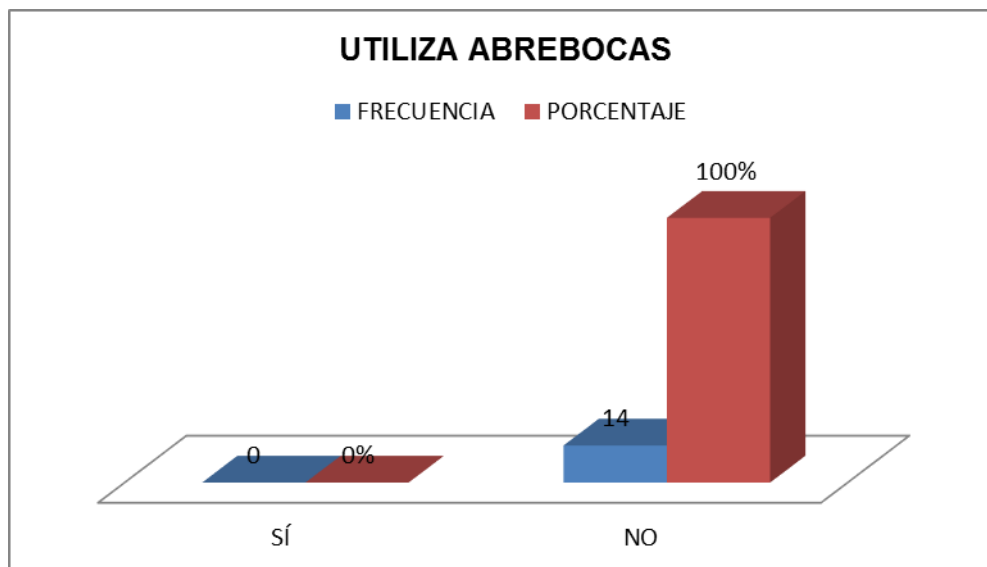
CUADRO N° 7

UTILIZA ABREBOCAS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	14	100%
TOTAL	14	100%

⁹ Velásquez, J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. Medellín, Colombia: Health Book's.

GRÁFICO N° 7



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 7 el 100% de los odontólogos no utilizó abre bocas en la consulta de pacientes con parálisis cerebral.

Evitar los estímulos bruscos y fuertes, realizar los movimientos y procedimientos lo más suave y lento posible, utilizar cuñas digitales y abre bocas¹⁰ (Velásquez, 2010, p. 212). Ver página 26-27.

Se determinó que todos los odontólogos no utilizan abre bocas en los pacientes.

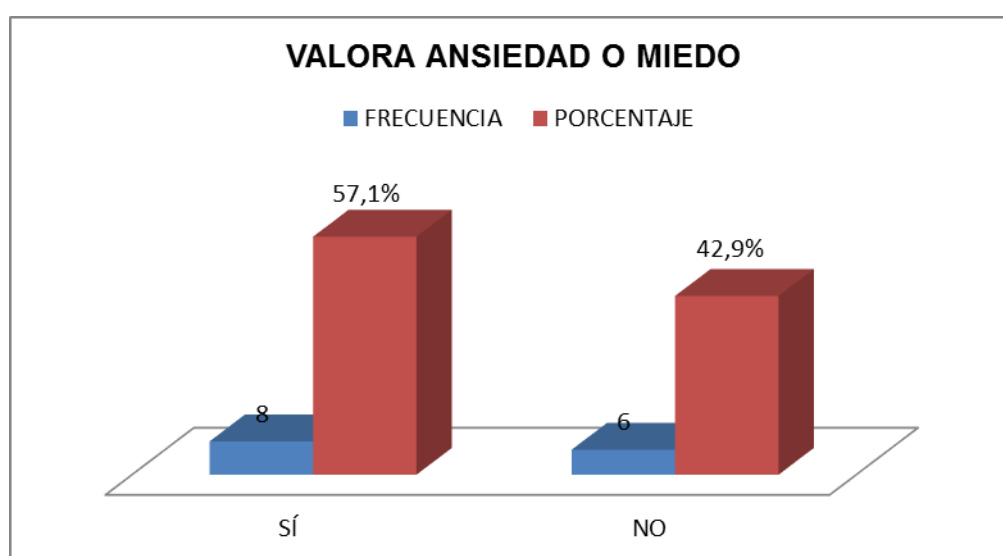
¹⁰ Velásquez, J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. Medellín, Colombia: Health Book's.

CUADRO N° 8

VALORA EL ESTADO DE ANSIEDAD O MIEDO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	8	57,1%
NO	6	42,9%
TOTAL	14	100%

GRÁFICO N° 8



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 8 el 57,1% de los odontólogos valora la ansiedad o miedo de los pacientes, y un 42,9% no lo hace.

Valorar el estado de ansiedad o miedo ante el tratamiento dental, y establecer, dependiendo de la capacidad de comprensión, estrategias de manejo de conducta

como la desensibilización, el refuerzo positivo ante conductas correctas, la sedación o la anestesia general¹¹ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 273). Ver página 27.

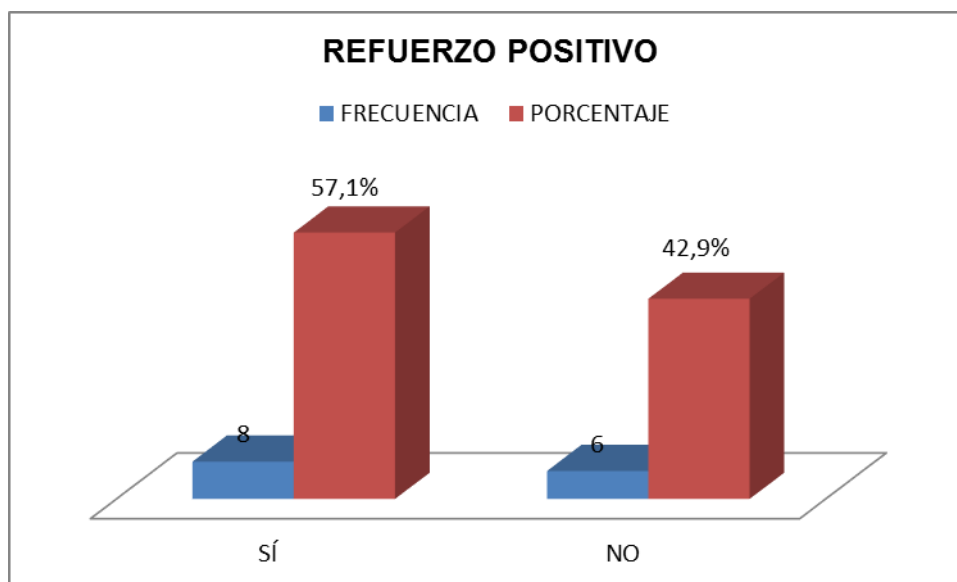
Se obtuvo por medio de las fichas de observación que la mayoría de los odontólogos valoran la ansiedad o miedo que presente el paciente en la consulta.

CUADRO N ° 9

APLICA REFUERZO POSITIVO EN EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	8	57,1%
NO	6	42,9%
TOTAL	14	100%

GRÁFICO N ° 9



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

¹¹ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 9 el 57,1% de los odontólogos aplicó en los pacientes con parálisis cerebral refuerzo positivo, y un 42,9% no lo hace.

Valorar el estado de ansiedad o miedo ante el tratamiento dental, y establecer, dependiendo de la capacidad de comprensión, estrategias de manejo de conducta como la desensibilización, el refuerzo positivo ante conductas correctas, la sedación o la anestesia general¹² (Silvestre y Plaza, 2011, p. 273). Ver página 27.

Se obtuvo que la mayoría de los odontólogos utilizan la técnica de refuerzo positivo en los pacientes con parálisis cerebral.

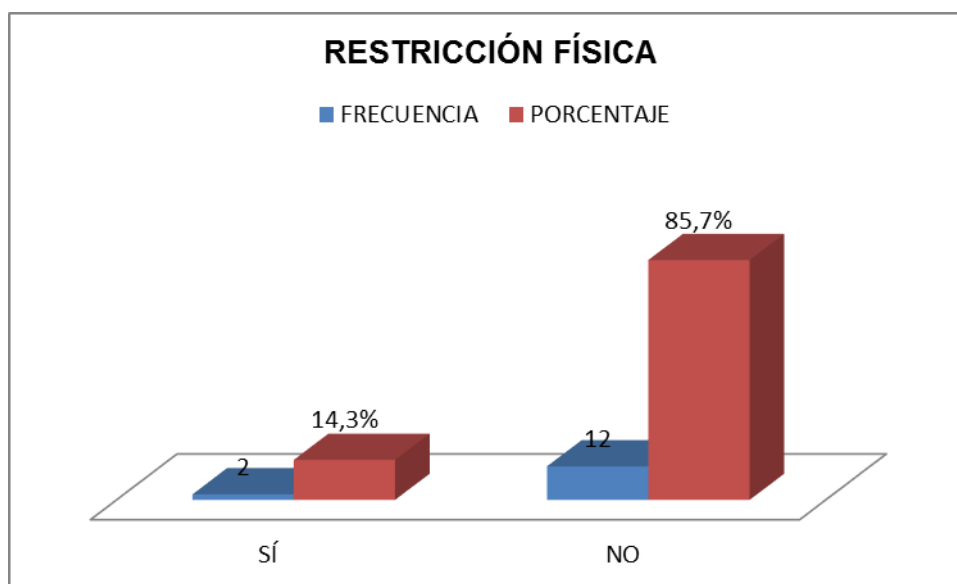
CUADRO N° 10

UTILIZA RESTRICCIÓN FÍSICA

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	14,3%
NO	12	85,7%
TOTAL	14	100%

¹² Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

GRÁFICO N° 10



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 10 el 14,3% de los odontólogos utilizó restricción física, y un 85,7% no utilizó esta medida en la consulta.

La restricción física también ayuda a controlar los movimientos y evita accidentes. Para realizarla se deberá mantener la cabeza y los miembros fijos, de forma firme pero suave. Se evitará enderezar los miembros contraídos, situando estratégicamente soportes con almohadillas o cojines debajo de la flexura de los miembros¹³ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 273). Ver página 27.

Por los datos que se obtuvieron los odontólogos no utilizan restricción física en la consulta en pacientes con parálisis cerebral.

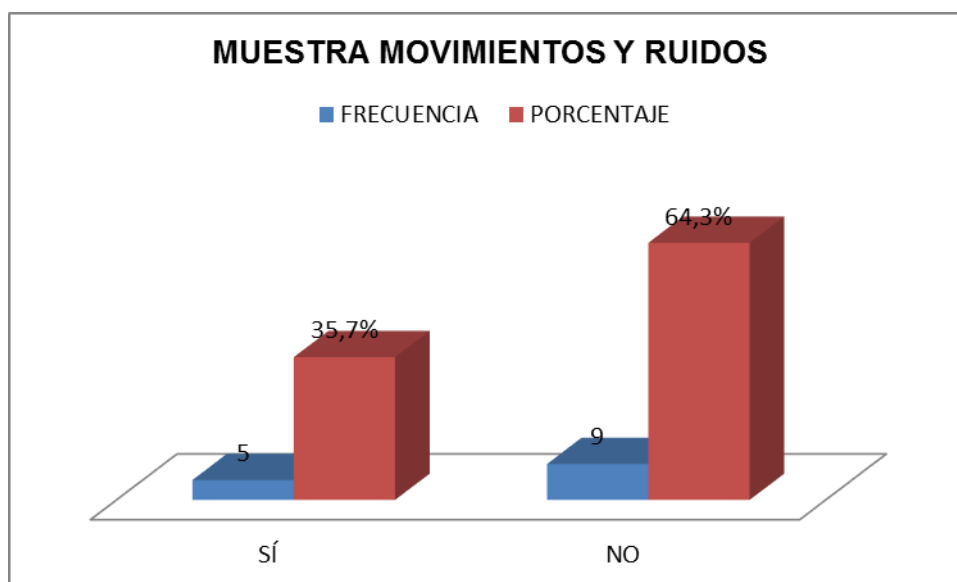
¹³ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

CUADRO N° 11

MUESTRA LOS MOVIMIENTOS Y RUIDOS PRODUCIDOS POR LOS EQUIPOS DEL CONSULTORIO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	5	35,7%
NO	9	64,3%
TOTAL	14	100%

GRÁFICO N° 11



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 11 revela que el 35,7% de los odontólogos demostró a los pacientes los movimientos y ruidos que se producen en el consultorio al momento del trabajo, y un 64,3% no lo hace.

Según la página web III Congreso Nacional II Internacional Temático de Estomatología Integral: Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral, cita: Sentar al paciente en el sillón dental y asegurar su cabeza, antes de que el paciente tenga algún instrumento en su boca, se le debe de mostrar la luz, movimientos y ruidos del tratamiento dental producido por la pieza de mano, el eyector, jeringa triples, reclinar y levantar lentamente el sillón. Esto servirá para prevenir inesperados movimientos involuntarios en el paciente¹⁴ . Ver página 28.

Por los datos obtenidos a través de la ficha de observación, se determina que la mayoría de los profesionales no muestran los ruidos que existen en el acto operatorio a sus pacientes en la consulta odontológica.

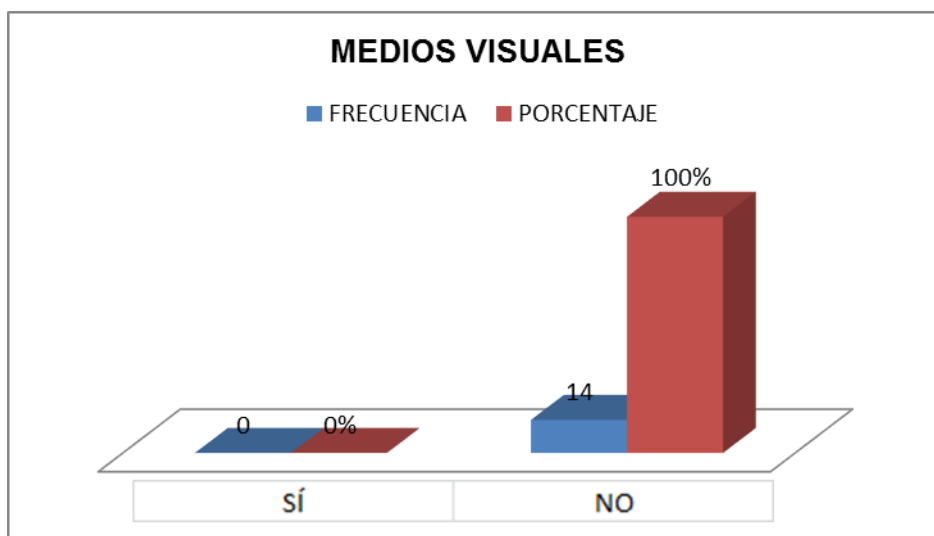
CUADRO N° 12

EXPLICA POR MEDIOS VISUALES

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	14	100%
TOTAL	14	100%

¹⁴ III Congreso Nacional y II Internacional Temático de Estomatología Integral. (2003). *Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral*. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-7-2003/05.htm>

GRÁFICO N° 12



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 12 indica que el 100% de los odontólogos no explicó por medios visuales a sus pacientes con parálisis cerebral.

Según la página web III Congreso Nacional II Internacional Temático de Estomatología Integral: Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral, cita: Cuando existe retraso mental puede aprender de mejor manera por medio visual¹⁵. Ver página 28.

Se determinó que los odontólogos no explican los procedimientos a realizar por medios visuales.

¹⁵ III Congreso Nacional y II Internacional Temático de Estomatología Integral. (2003). *Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral*. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-7-2003/05.htm>

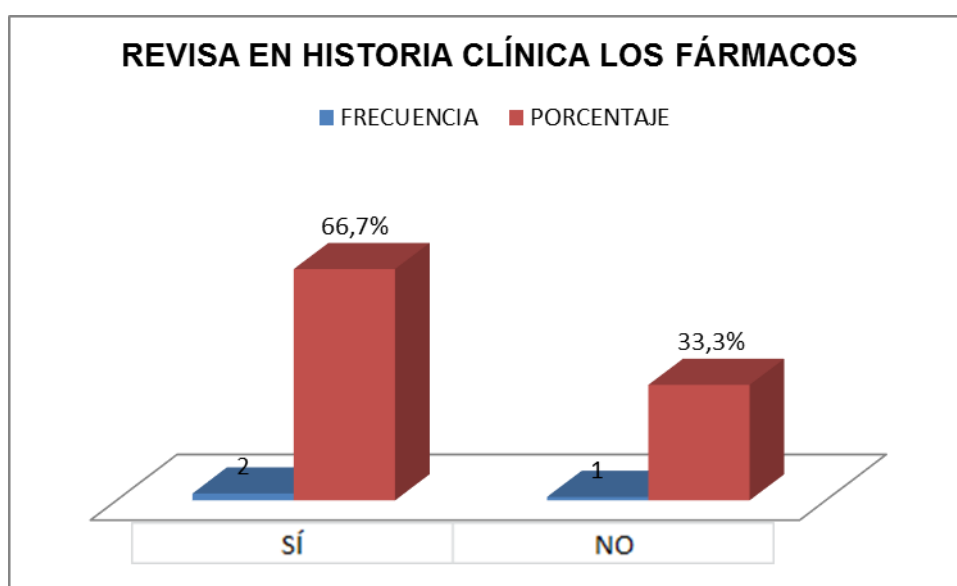
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

CUADRO N° 13

REVISAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LOS FÁRMACOS QUE INGIERE EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	66,7%
NO	1	33,3%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 13



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 13 el 66,7 % de los odontólogos revisó en la historia clínica los fármacos que ingiere el paciente que ha sufrido un accidente cerebro vascular, mientras que el 33,3% de los odontólogos no revisó las historias clínicas.

En la página web Tratamientos dentales con tema Accidente cerebro vascular: Manejo clínica dental, menciona que: Consultar con el médico para verificar el control, medicamentos que toma y estado general del paciente¹⁶ .Ver página 31.

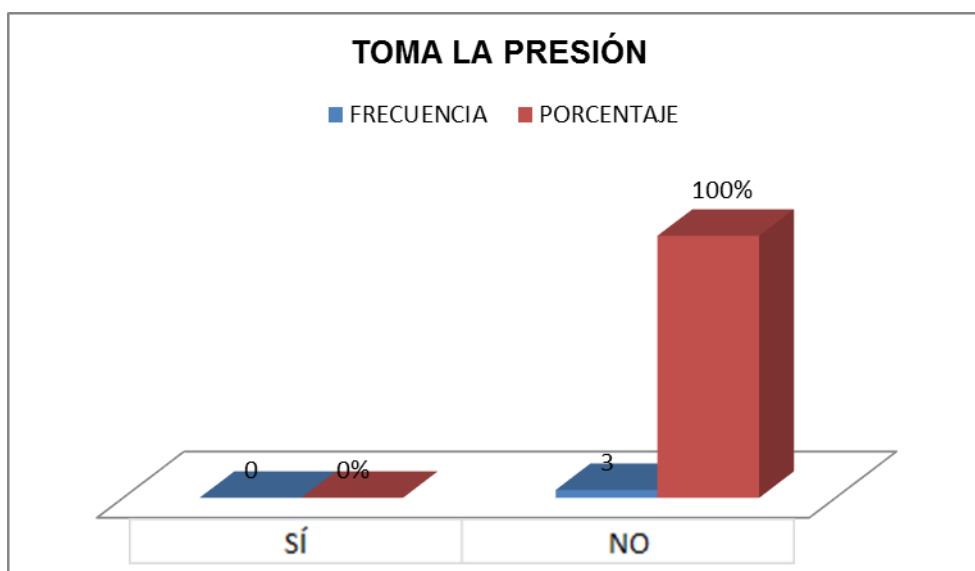
Con los datos obtenidos se determinó que el 66,7% de los odontólogos revisa las historias clínicas para conocer los fármacos que está ingiriendo el paciente que ha sufrido accidente cerebro vascular.

CUADRO N° 14

TOMA LA PRESIÓN AL INICIO DE LA CITA

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	3	100%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 14



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

¹⁶ Tratamientos Dentales. (s.f.).*Accidente cerebro vascular: Manejo clínica dental*. Recuperado de <http://detododental.blogspot.com/2011/09/accidente-cerebrovascular-acv-manejo-en.html>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 14 el 100 % de los odontólogos no tomó la presión a los pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular.

En la página web Tratamientos dentales con tema Accidente cerebro vascular: Manejo clínica dental, cita: se debe tomar la presión siempre al inicio de cada cita¹⁷ . Ver página 31.

Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos no tomó la presión a los pacientes con ACV que llegan a su consulta.

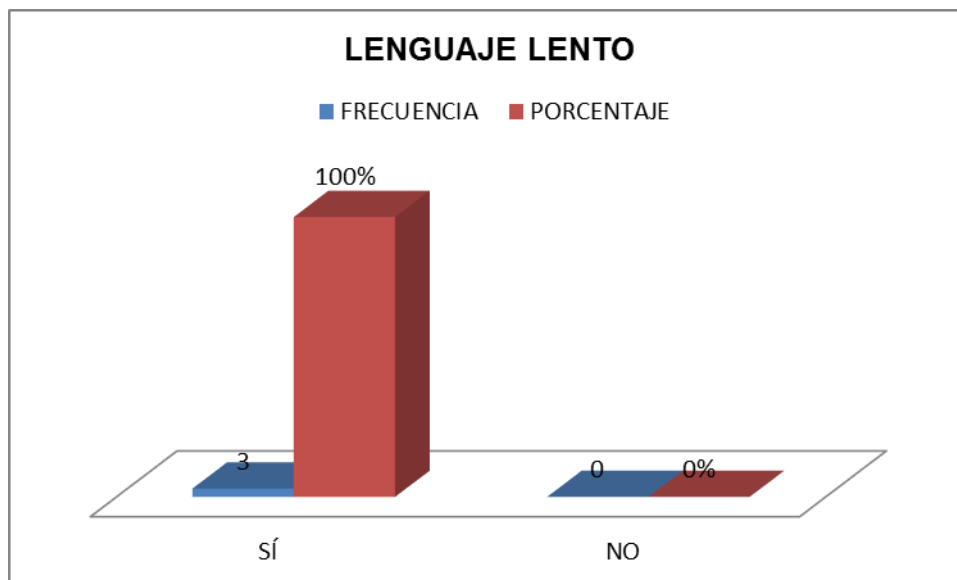
CUADRO N° 15

UTILIZA EL LENGUAJE LENTO AL DIALOGAR CON EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

¹⁷ Tratamientos Dentales. (s.f.). *Accidente cerebro vascular: Manejo clínica dental*. Recuperado de <http://detododental.blogspot.com/2011/09/accidente-cerebrovascular-acv-manejo-en.html>

GRÁFICO N° 15



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 15 el 100 % de los odontólogos utiliza un lenguaje lento al dialogar con pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular.

En la página web Psicología y daño cerebral con tema Los accidentes cerebrales ictus y derrame cerebral, se menciona que: Dependiendo del grado de afección que tenga el paciente, se deberá explicar al paciente todos los procedimientos a realizar, en un lenguaje lento con palabras cortas y sencillas, ya que estos pacientes presentan alteraciones en el lenguaje tanto en su expresión como en su comprensión¹⁸ . Ver página 31.

Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos emplea un lenguaje lento en los pacientes con ACV que llegan a su consulta.

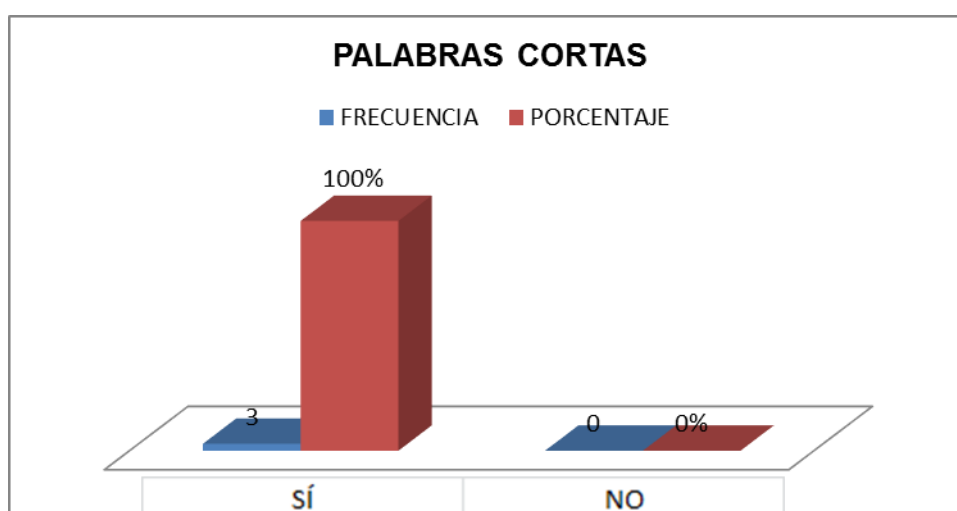
¹⁸ Psicología y daño cerebral. (5 de mayo del 2011). *Los accidentes cerebrales: ictus y derrame cerebral*. Recuperado de <http://neuropsicologica.blogspot.com/2011/05/los-accidentes-cerebrovasculares-ictus.html>

CUADRO N° 16

EMPLEA PALABRAS CORTAS AL DIALOGAR CON EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 16



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 16 el 100 % de los odontólogos emplea palabras cortas al dialogar con pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular.

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas¹⁹ (López, 2010, p. 14). Ver página 31.

¹⁵³ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

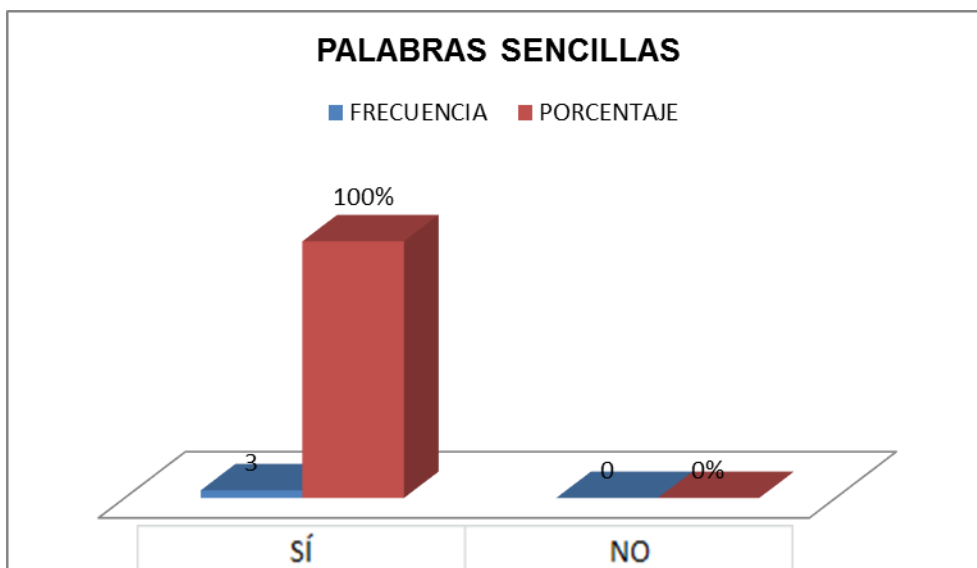
Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos emplea palabras cortas cuando dialoga con pacientes que han sufrido de accidente cerebro vascular.

CUADRO N° 17

HABLA CON PALABRAS SENCILLAS AL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 17



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 17 el 100 % de los odontólogos emplea palabras sencillas al dialogar con pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular.

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas²⁰ (López, 2010, p. 14). Ver página 31.

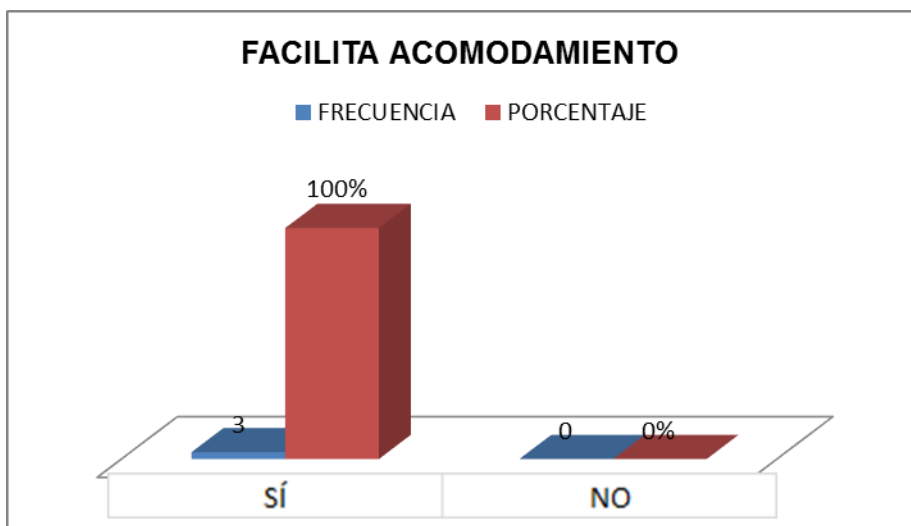
Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos emplea palabras sencillas cuando dialoga con pacientes que han sufrido de accidente cerebro vascular.

CUADRO N° 18

FACILITA EL ACOMODAMIENTO EN EL SILLÓN

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 18



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

¹⁵⁴ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 18 el 100 % de los odontólogos facilitó el acomodamiento del paciente que ha sufrido un accidente cerebro vascular.

En la página web de Burtner, se menciona que: Se debe facilitar el acomodamiento del paciente en el sillón²¹ . Ver página 31.

Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos facilitó el acomodamiento en el sillón en los casos de pacientes que han sufrido accidente cerebro vascular.

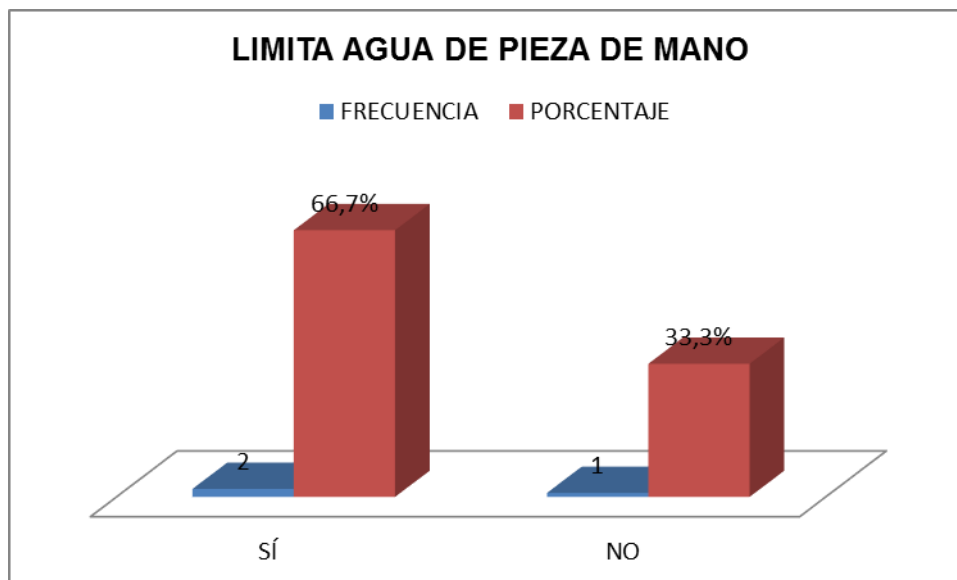
CUADRO N° 19

LIMITA EL USO DEL AGUA EN LA PIEZA DE MANO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	66,7%
NO	1	33,3%
TOTAL	3	100%

²¹ Burtner, P. (2012). College of dentistry. *Desórdenes físicos*. Recuperado de <http://paul-burtner.dental.ufl.edu/tratamiento-oral-para-personas-incapacitadas/condiciones-incapacitantes/desordenes-fisicos/>

GRÁFICO N° 19



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 19 el 66,7% de los odontólogos limitó el uso del agua en el sillón en los pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular, el 33,3% de los odontólogos no limitó el uso del agua en estos pacientes.

En la página web de Burtner, se menciona que: Se debe limitar el uso de agua en la pieza de mano, si fuera posible utilizar dique de goma, debido a la dificultad que tienen estos pacientes para deglutir o tragar²². Ver página 31.

Con los datos obtenidos se determinó que el 66,7 de los odontólogos limitó el uso del agua en el sillón para evitar problemas por la dificultad que tienen estos pacientes para deglutir.

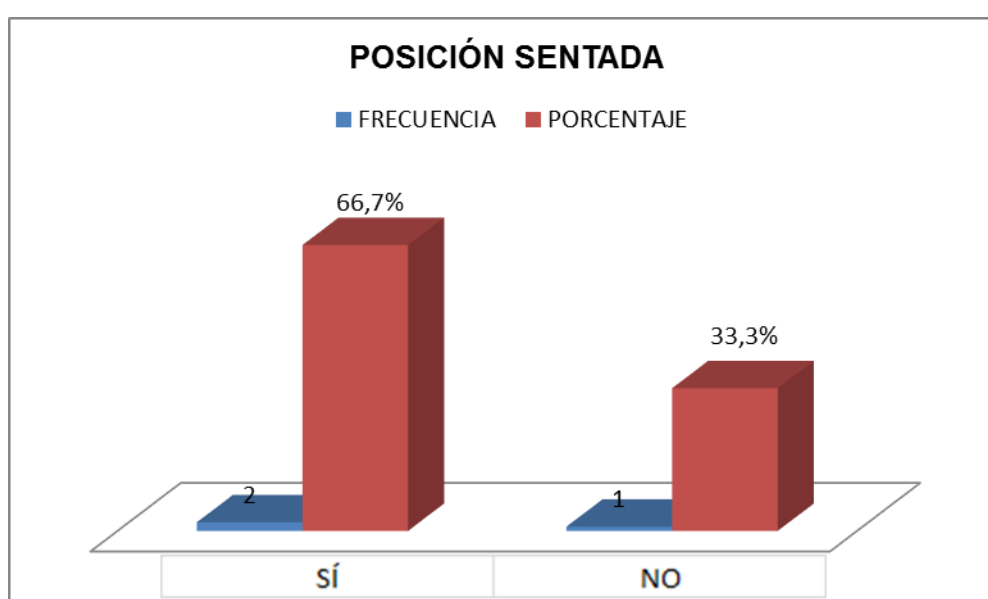
²² Burtner, P. (2012). College of dentistry. *Desordenes físicos*. Recuperado de <http://paul-burtner.dental.ufl.edu/tratamiento-oral-para-personas-incapacitadas/condiciones-incapacitantes/desordenes-fisicos/>

CUADRO N° 20

MANTIENE AL PACIENTE EN POSICIÓN SENTADA

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	66,7%
NO	1	33,3%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 20



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 20 el 66,7% de los odontólogos mantuvo al paciente con accidente cerebro vascular en posición sentada, mientras que el 33,3% no mantuvo esta posición.

En la página web de Burtner, se menciona que se debe: Mantener al paciente con ACV en una posición sentada y evacuar rápidamente los líquidos orales para evitar inconvenientes²³ . Ver página 31.

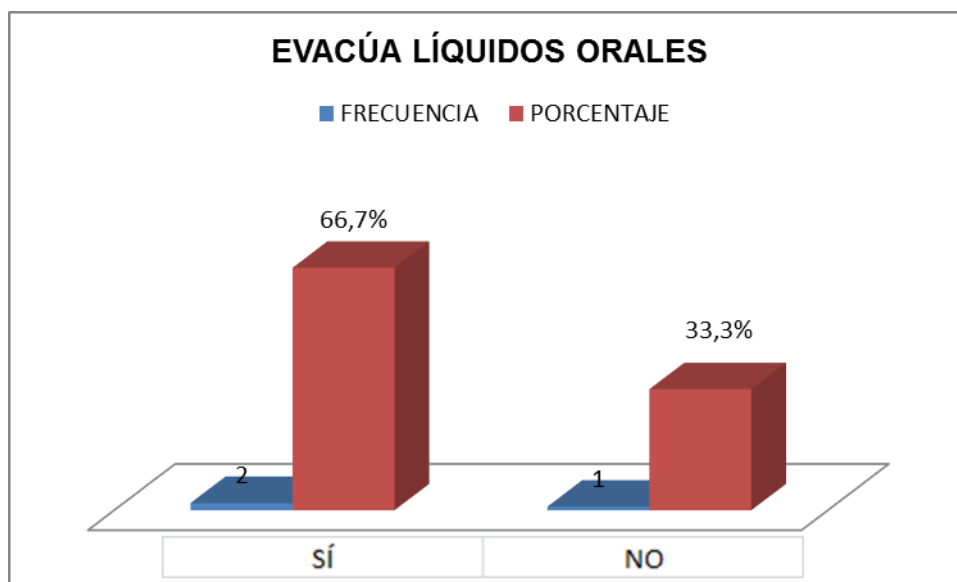
Con los datos obtenidos se determinó que el 66,7% de los profesionales mantiene al paciente con ACV en posición sentada para evitar problemas en su deglución.

CUADRO N° 21

EVACÚA RAPIDAMENTE LOS LÍQUIDOS ORALES DEL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	66,7%
NO	1	33,3%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N ° 21



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

²³ Burtner, P. (2012). College of dentistry. *Desordenes físicos*. Recuperado de <http://paul-burtner.dental.ufl.edu/tratamiento-oral-para-personas-incapacitadas/condiciones-incapacitantes/desordenes-fisicos/>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 21 el 66,7% de los odontólogos evacuó rápidamente los líquidos orales del paciente con accidente cerebro vascular, mientras que el 33,3% no lo hizo.

En la página web de Burtner, se menciona que se debe: Mantener al paciente con ACV en una posición sentada y evacuar rápidamente los líquidos orales para evitar inconvenientes²⁴. Ver página 31.

Con los resultados obtenidos se determinó que solo el 66,7% de los odontólogos evacua rápidamente los líquidos orales de los pacientes con accidente cerebro vascular durante su atención odontológica.

POLIOMIELITIS

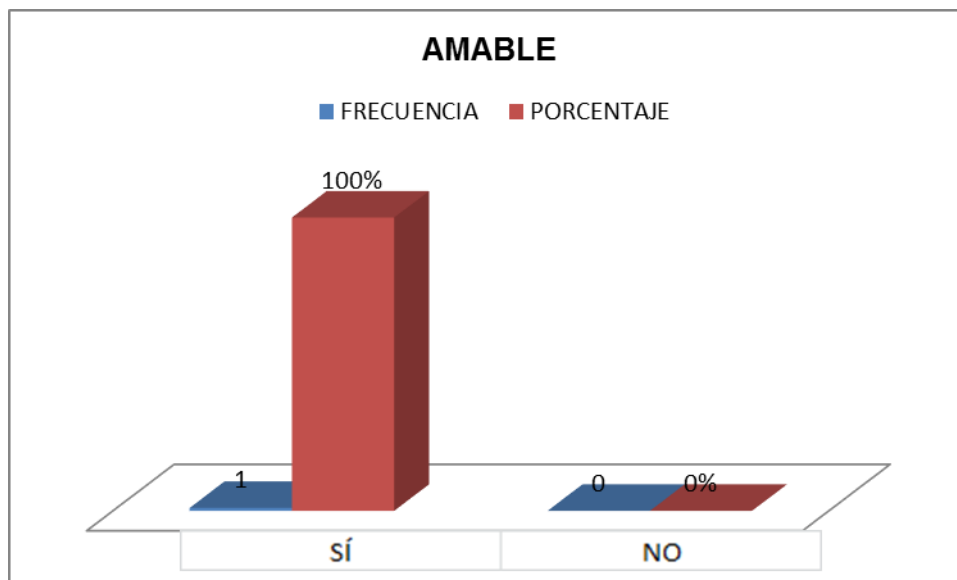
CUADRO N° 22

ES AMABLE CON EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

²⁴ Burtner, P. (2012). College of dentistry. *Desordenes físicos*. Recuperado de <http://paul-burtner.dental.ufl.edu/tratamiento-oral-para-personas-incapacitadas/condiciones-incapacitantes/desordenes-fisicos/>

GRÁFICO N° 22



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 22 el odontólogo fue amable con el paciente en la consulta odontológica.

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos, pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”²⁵ (Moya et al., 2009, p. 14). Ver página 33.

Se determinó que el odontólogo en la consulta fue amable con el paciente, lo cual es de mucha importancia.

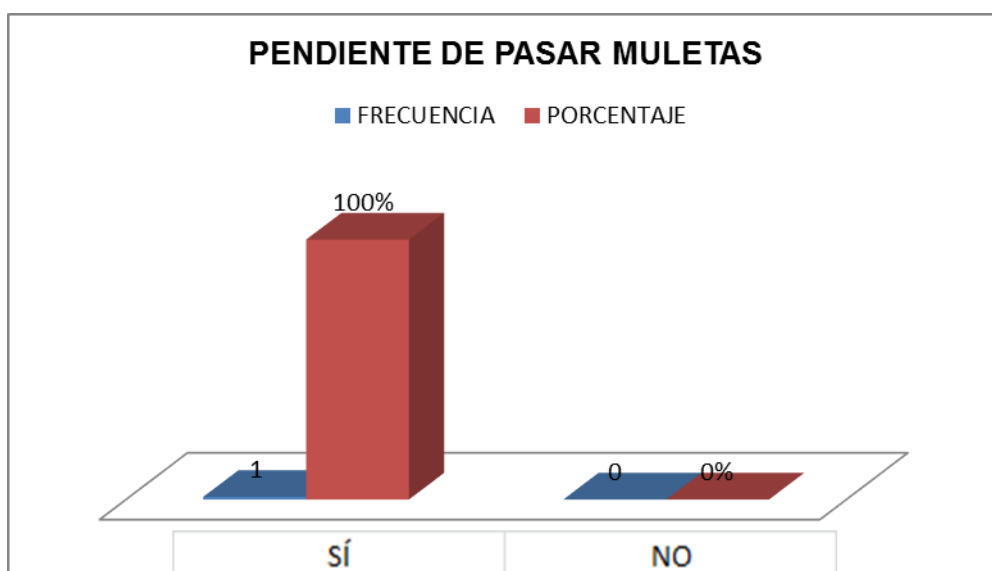
²⁵ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

CUADRO N° 23

¿ESTÁ PENDIENTE DE PASARLE LAS MULETAS U OTRA AYUDA UNA VEZ TERMINADO EL TRATAMIENTO?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

GRÁFICO N° 23



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 23 el odontólogo estuvo pendiente de pasarle las muletas al paciente una vez terminado el tratamiento odontológico.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras Cómo tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad, cita: Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; procurar que las muletas

u otra ayuda para caminar que utilice estén siempre cerca de la persona, si esto no es posible, se debe estar pendiente para dárselas en el momento en que termina el tratamiento²⁶ . Ver página 33.

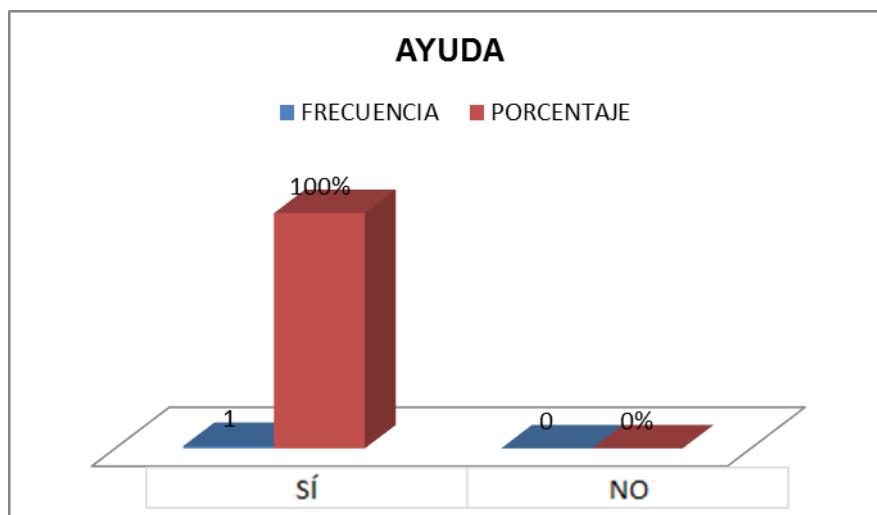
Se obtuvo mediante la ficha de observación que el odontólogo estuvo pendiente de pasarle las muletas al paciente.

CUADRO N° 24

OFRECE SU AYUDA AL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

GRÁFICO N° 24



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

²⁶ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 24 el odontólogo ofreció al paciente su ayuda al trasladarse al sillón.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: En el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si el acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas. Dar el espacio necesario para que el paciente se acomode en el sillón es fundamental²⁷ . Ver página 33.

Por los datos obtenidos se dice que el odontólogo fue atento y ofreció su ayuda al paciente para trasladarse al sillón odontológico.

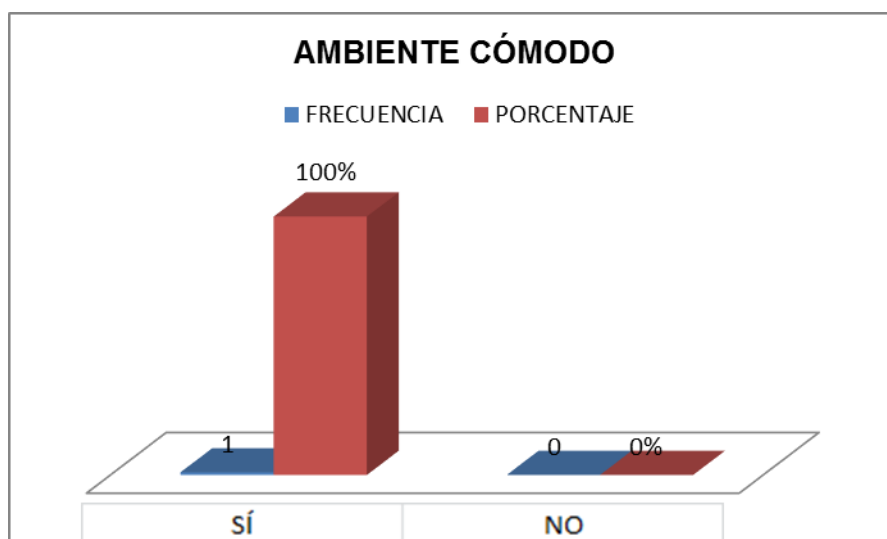
CUADRO N° 25

HACE SENTIR AL PACIENTE EN UN AMBIENTE CÓMODO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

²⁷ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad.* Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

GRÁFICO N° 25



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 25 el odontólogo hace sentir al paciente en la consulta oral en un ambiente cómodo.

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad²⁸ (Barrancos, 2008, pp. 32 y 94). Ver página 32.

El resultado demuestra que el profesional hace sentir al paciente en la consulta odontológica en un ambiente cómodo.

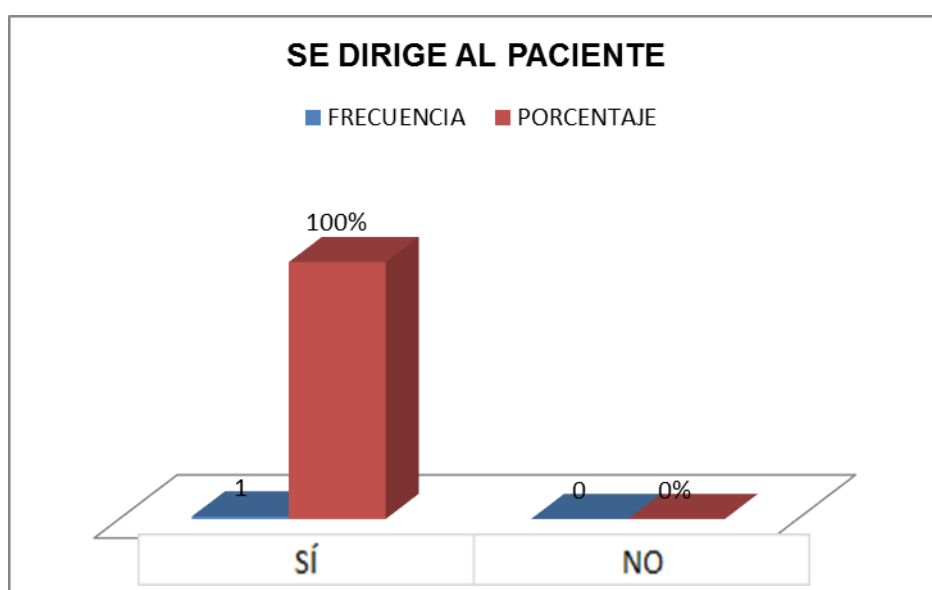
²⁸ Barrancos, J., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

CUADRO N° 26

SE DIRIGE AL PACIENTE CUANDO EXPLICA SU TRATAMIENTO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

GRÁFICO N° 26



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 26 indica que el odontólogo se dirige al paciente en el momento de explicar el tratamiento a realizar.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: Para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es

importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados, si desconocemos el uso de la silla de ruedas, preguntar cómo ayudarlo, dirigirse la persona en silla de ruedas y no a su acompañante²⁹ .Ver página 33.

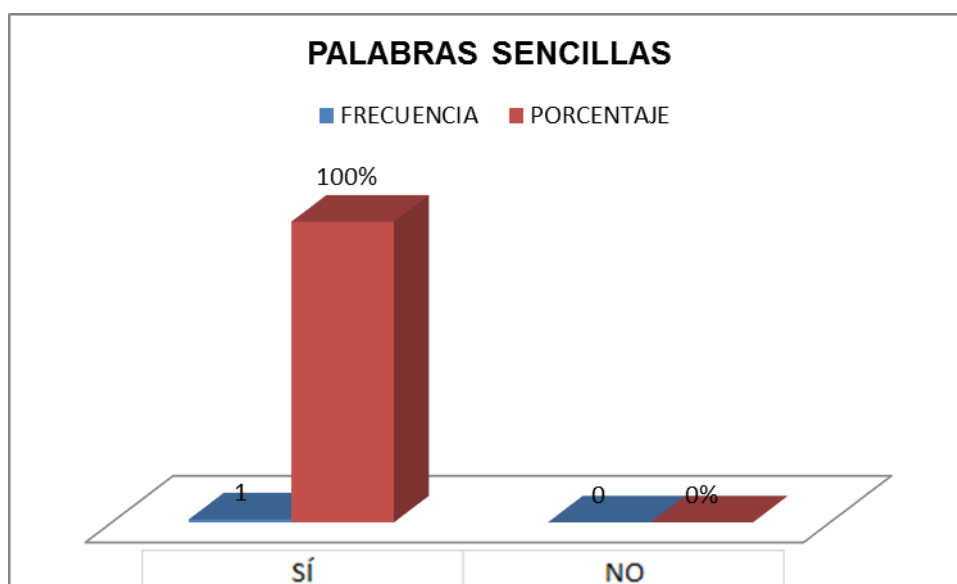
El resultado de la ficha de observación es que el odontólogo se dirige al paciente y no a su acompañante.

CUADRO N ° 27

HABLA CON PALABRAS SENCILLAS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

GRÁFICO N° 27



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

²⁹ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 27 el odontólogo habla con palabras sencillas al paciente en la consulta.

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas³⁰ (López, 2010, p. 14). Ver página 33.

Se determinó por medio de ficha de observación que el odontólogo habla con palabras sencillas al paciente con poliomielitis.

HIDROCEFALIA

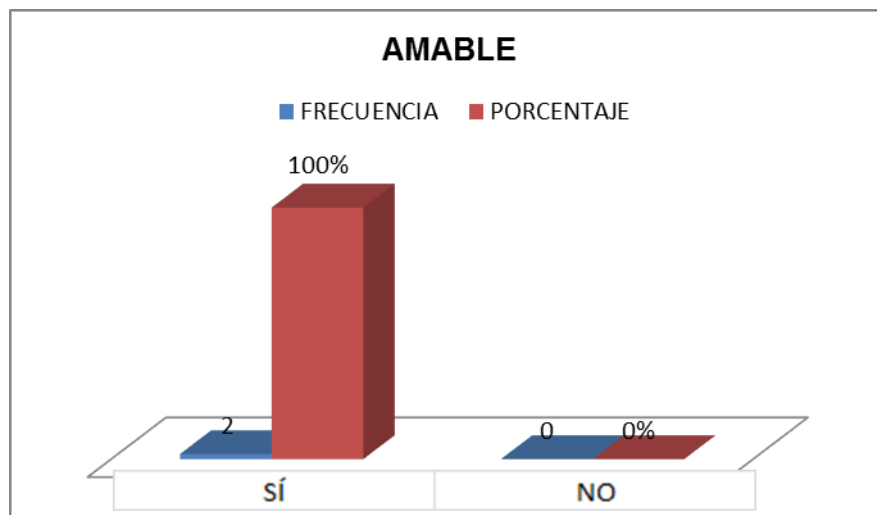
CUADRO N° 28

ES AMABLE CON EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	100%
NO	0	0%
TOTAL	2	100%

¹⁶⁴ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

GRÁFICO N° 28



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 28 los odontólogos fueron amables con los pacientes que tienen hidrocefalia en un 100%.

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad³¹ (Barrancos, 2008, pp. 32 y 94). Ver página 34.

Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos muestran amabilidad a los pacientes con hidrocefalia.

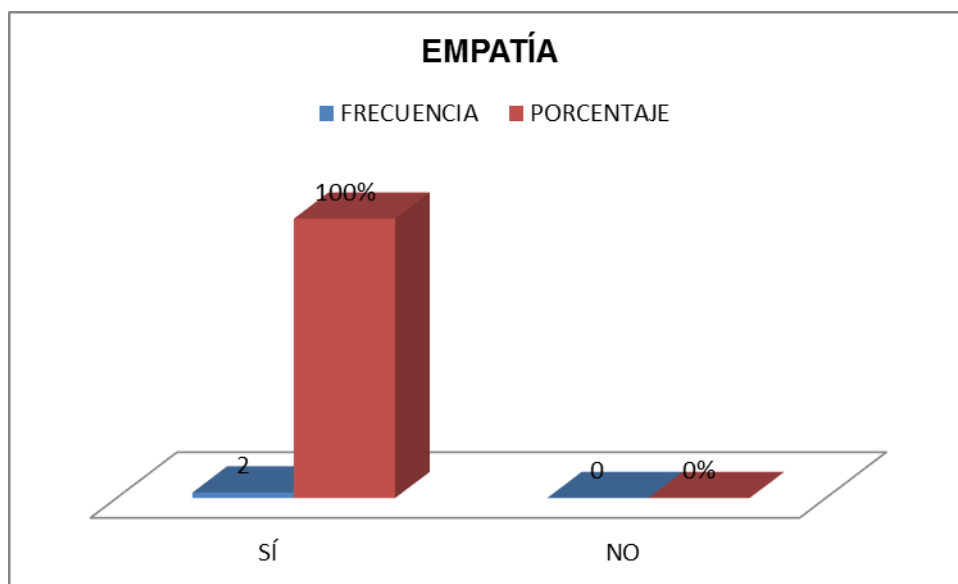
³¹ Barrancos, J., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

CUADRO N° 29

MUESTRA EMPATÍA POR EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	100%
NO	0	0%
TOTAL	2	100%

GRÁFICO N° 29



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 29 los odontólogos mostraron empatía a los pacientes con hidrocefalia en un 100%.

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de

trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad³² (Barrancos, 2008, pp. 32 y 94). Ver página 35.

Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos tiene empatía a los pacientes con hidrocefalia.

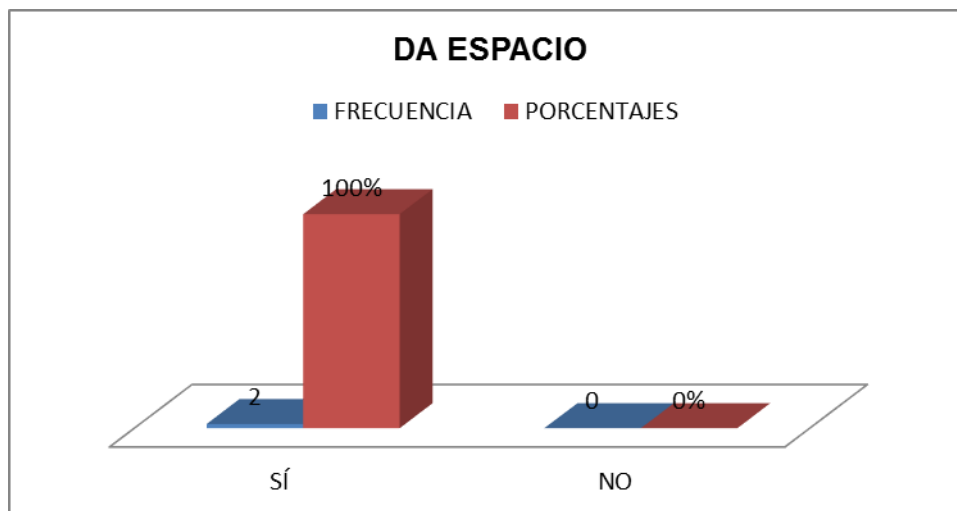
CUADRO N° 30

DA ESPACIO SUFICIENTE PARA QUE EL PACIENTE SE ACOMODE EN EL SILLÓN

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SÍ	2	100%
NO	0	0%
TOTAL	2	100%

³² Barrancos, J., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

GRÁFICO N° 30



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 30 el odontólogo da espacio suficiente para que el paciente se acomode en el sillón en un 100%.

Según la página web Integración laboral de personas en las entidades financieras, cita: Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; hacer sentir al paciente en un ambiente cómodo creará la confianza en él y sus familiares³³. Ver página 35.

Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos da el espacio suficiente para que el paciente se acomode en el sillón.

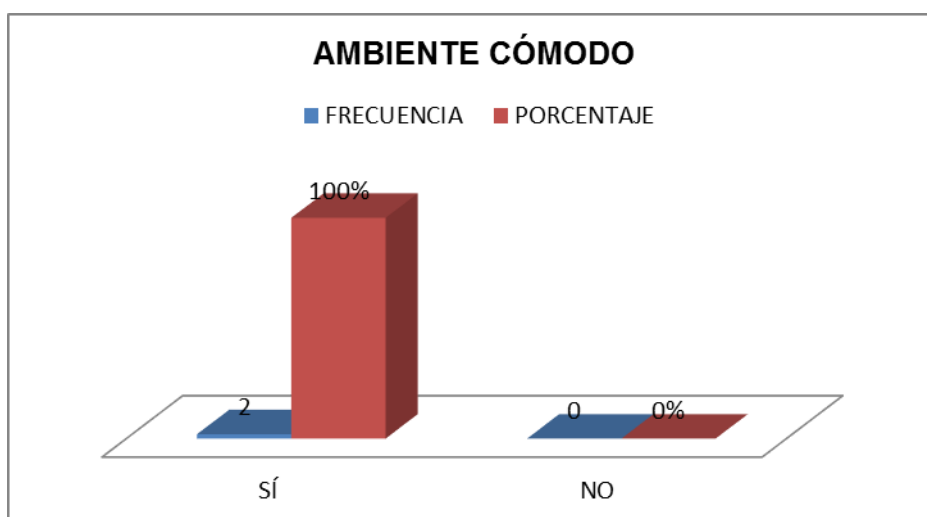
³³ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

CUADRO N° 31

HACE SENTIR AL PACIENTE EN UN AMBIENTE CÓMODO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	100%
NO	0	0%
TOTAL	2	100%

GRÁFICO N° 31



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 31 en un 100% el odontólogo hace sentir al paciente con hidrocefalia en un ambiente cómodo.

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de

trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio³⁴ (Barrancos, 2008, p. 32). Ver página 34.

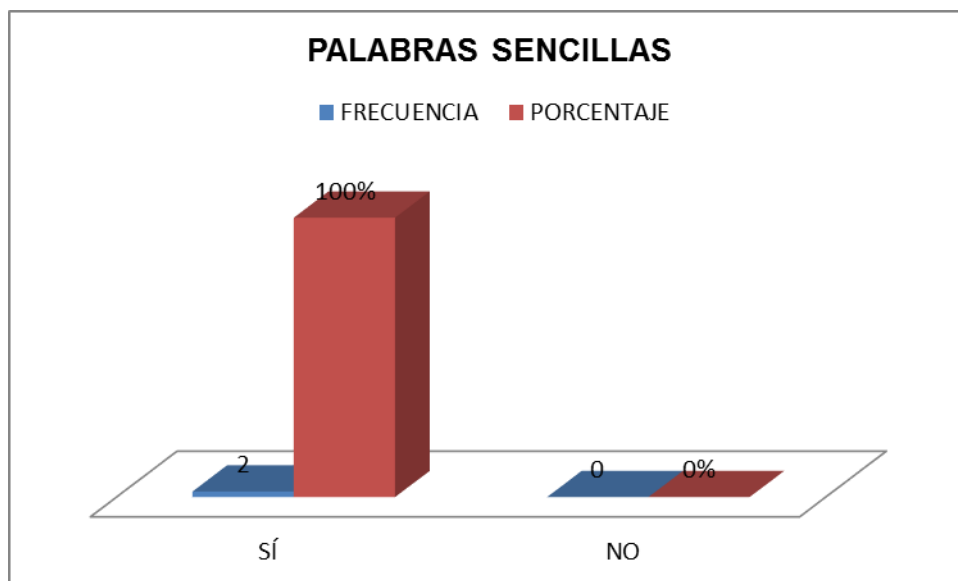
Se determinó que el 100% de los odontólogos hace sentir a los pacientes con hidrocefalia en un ambiente cómodo.

CUADRO N° 32

HABLA CON PALABRAS SENCILLAS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	100%
NO	0	0%
TOTAL	2	100%

GRÁFICO N° 32



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

³⁴ Barrancos, J., Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 32 el odontólogo habló con palabras sencillas a los pacientes con hidrocefalia en un 100%

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas³⁵ (López, 2010, p. 14). Ver página 35.

Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos emplea palabras sencillas al hablar con los pacientes que tienen hidrocefalia.

DISTROFIA MUSCULAR

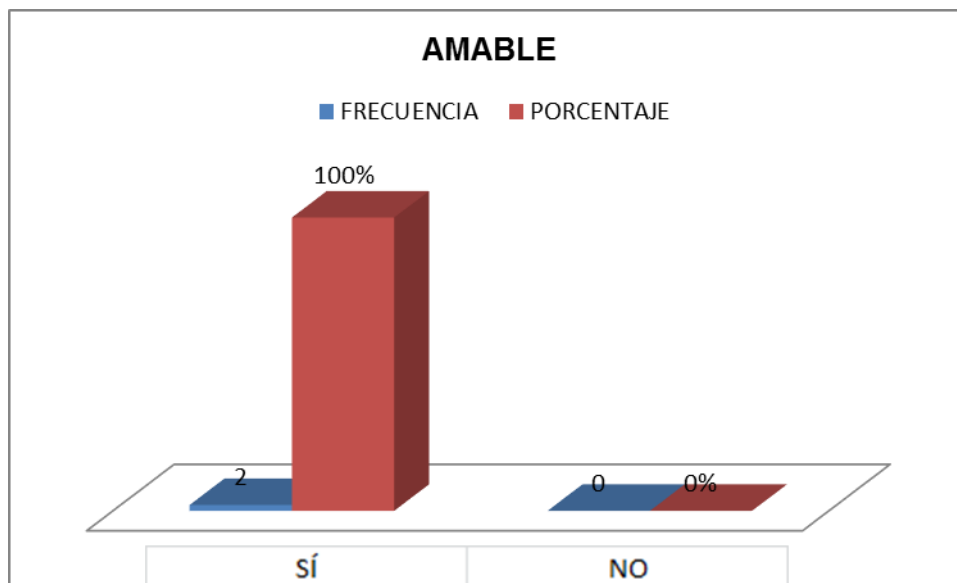
CUADRO N° 33

ES AMABLE CON EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	100%
NO	0	0%
TOTAL	2	100%

³⁵ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

GRÁFICO N° 33



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 33 el 100% de los odontólogos fue amable con el paciente que sufren de distrofia muscular.

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos, pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”³⁶ (Moya et al., 2009, p. 14). Ver página 35.

Los resultados revelan que los odontólogos son amables con los pacientes con distrofia muscular.

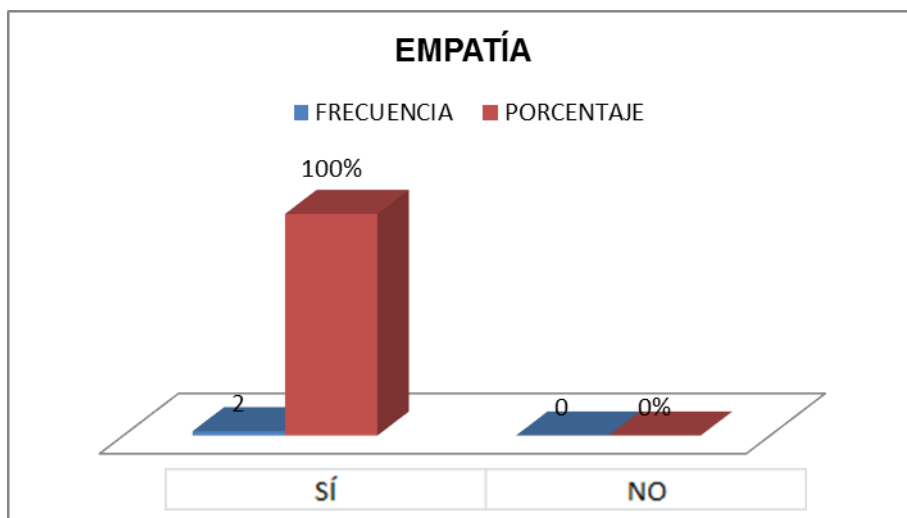
¹⁷⁰ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

CUADRO N° 34

MUESTRA EMPATÍA POR EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	100%
NO	0	0%
TOTAL	2	100%

GRÁFICO N° 34



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 34 indica que el 100% de los odontólogos mostraron empatía por el paciente y sus familiares.

El consultorio odontológico debe tender a la creación de un ambiente agradable, tranquilo y seguro para los pacientes y los profesionales durante el periodo de trabajo, así mismo de armonía e higiene dentro del consultorio. El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica:

empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad³⁷ (Barrancos, 2008, pp. 32 y 94). Ver página 35.

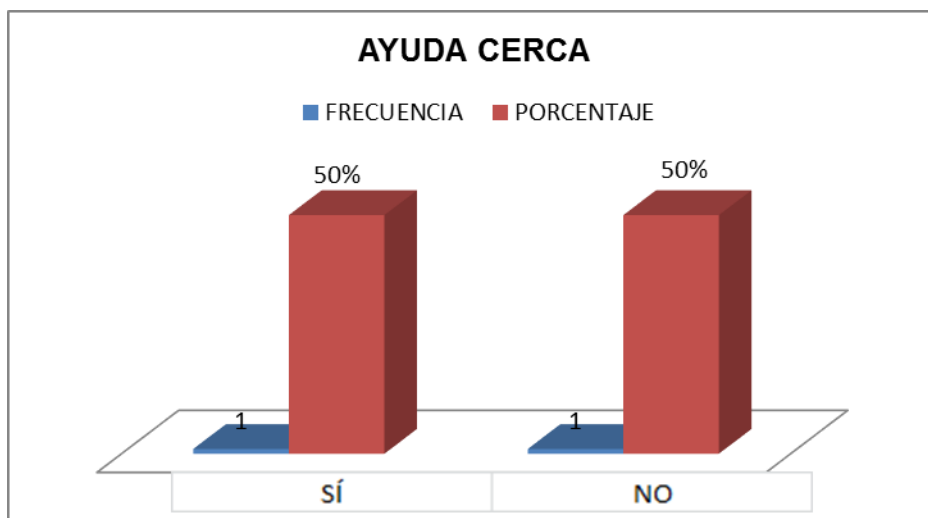
Los datos recabados fueron que los odontólogos fueron amables con el paciente.

CUADRO N° 35

PROCURA QUE LAS MULETAS U OTRA AYUDA ESTÉN SIEMPRE CERCA DEL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	50%
NO	1	50%
TOTAL	2	100%

GRÁFICO N° 35



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

³⁷ Barrancos, J., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro muestra que 50% de los odontólogos procuró que las muletas estén cerca del paciente cuando se encuentran en el sillón, y el otro 50% no lo hizo.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; procurar que las muletas u otra ayuda para caminar que utilice estén siempre cerca de la persona, si esto no es posible, se debe estar pendiente para dárselas en el momento en que termina el tratamiento³⁸. Ver página 35.

Se determinó que la mitad de los profesionales procuran que las muletas del paciente estén cerca del paciente cuando éste se encuentra en el sillón odontológico, mientras que la otra mitad no realizó esto.

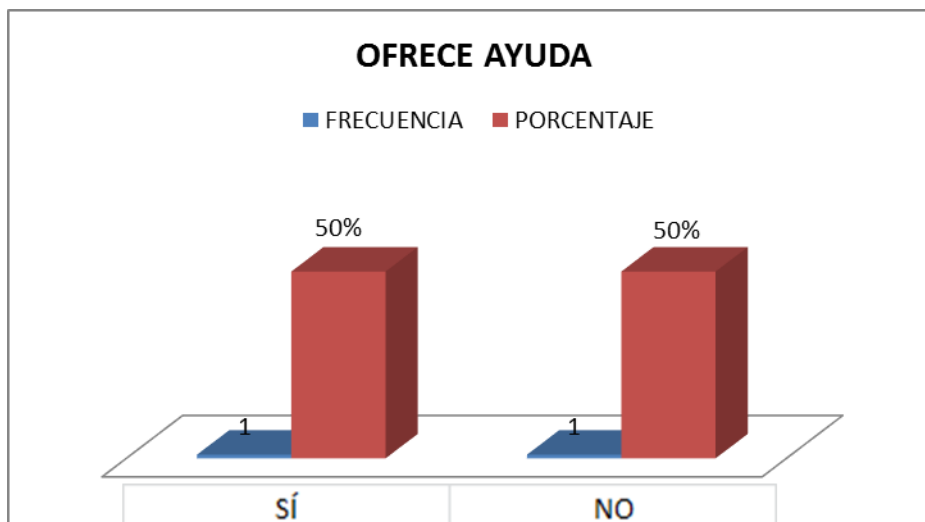
CUADRO N° 36

OFRECE SU AYUDA AL PACIENTE AL TRASLADARSE AL SILLÓN

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	50%
NO	1	50%
TOTAL	2	100%

³⁸ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

GRÁFICO N° 36



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 36 indica que el 50% de los odontólogos ofreció su ayuda al paciente para trasladarse al sillón, y la otra mitad no lo hizo.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: En el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si el acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas. Dar el espacio necesario para que el paciente se acomode en el sillón es fundamental³⁹. Ver página 35.

Los datos recabados determinan que una mitad de los odontólogos ofrecieron su ayuda al paciente al trasladarse al sillón, la otra mitad no lo hizo.

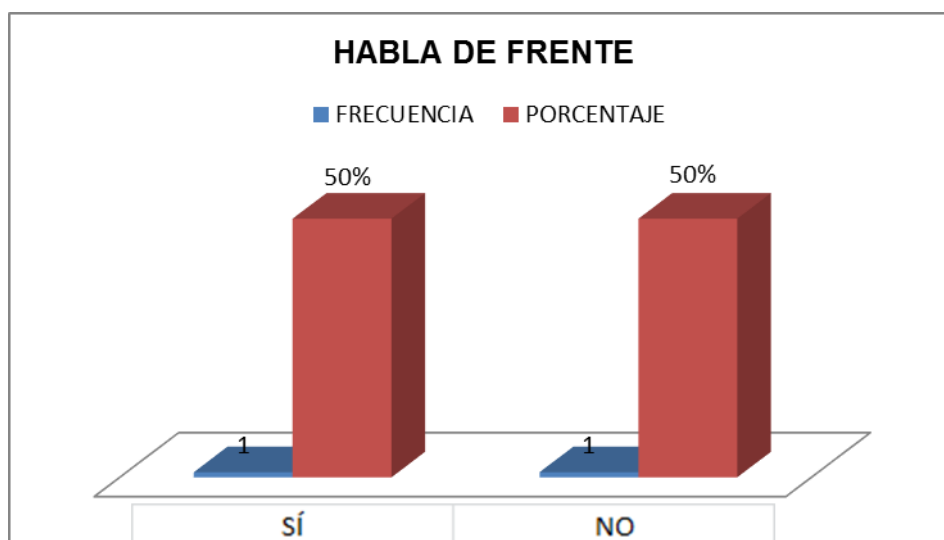
³⁹ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

CUADRO N° 37

AL HABLAR CON EL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS SE SITÚA DE FRENTE Y A LA MISMA ALTURA DE ÉL

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	50%
NO	1	50%
TOTAL	2	100%

GRÁFICO N° 37



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 37 demuestra que el 50% de los odontólogos habla de frente y a la misma altura que el paciente, y el otro 50% no lo hace.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: Para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados; si

desconocemos el uso de la silla de ruedas, preguntar cómo ayudarlo; dirigirse la persona en silla de ruedas y no a su acompañante⁴⁰. Ver página 35.

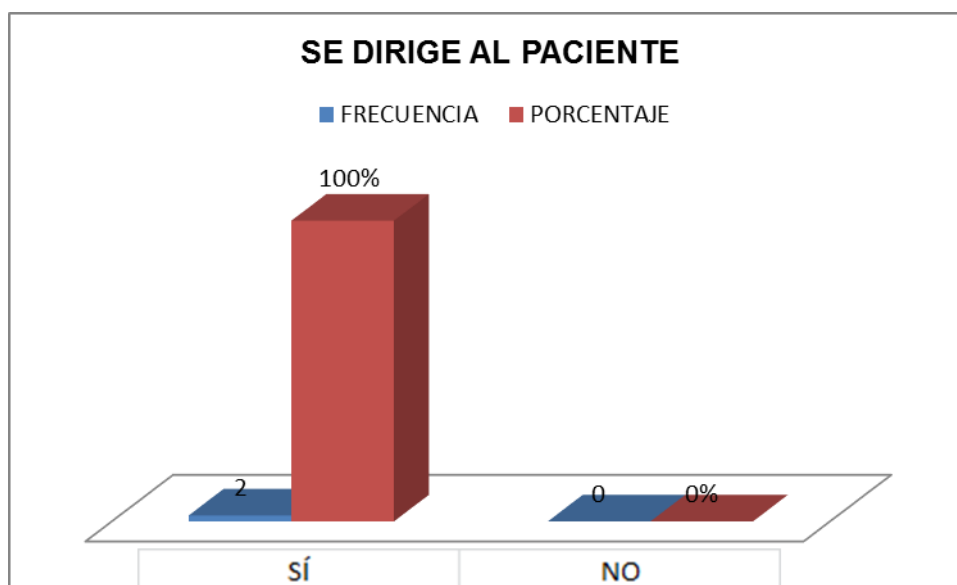
Se obtuvo que la mitad de los odontólogos dialogan con los pacientes de frente y la misma altura, y la otra mitad no lo hace.

CUADRO N° 38

SE DIRIGE AL PACIENTE CUANDO EXPLICA SU TRATAMIENTO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	100%
NO	0	0%
TOTAL	2	100%

GRÁFICO N° 38



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁴⁰ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 38 el 100% de los odontólogos se dirige al paciente cuando explican el tratamiento a realizar.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: Para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados; si desconocemos el uso de la silla de ruedas, preguntar cómo ayudarlo; dirigirse la persona en silla de ruedas y no a su acompañante⁴¹. Ver página 35.

Los datos recabados son que los odontólogos se dirigen a su paciente y no a su acompañante.

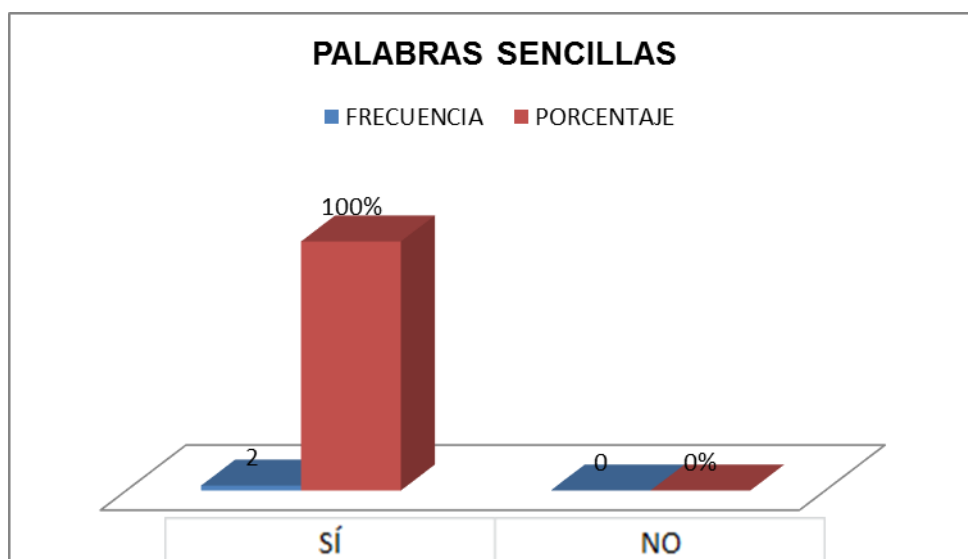
CUADRO N° 39

HABLA CON PALABRAS SENCILLAS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	100%
NO	0	0%
TOTAL	2	100%

⁴¹ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

GRÁFICO N° 39



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 39 el 100% de los odontólogos hablan con palabras sencillas a sus pacientes.

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas⁴² (López, 2010, p. 14). Ver página 35.

Los datos demuestran que los profesionales dialogan con sus pacientes con palabras sencillas.

⁴² López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

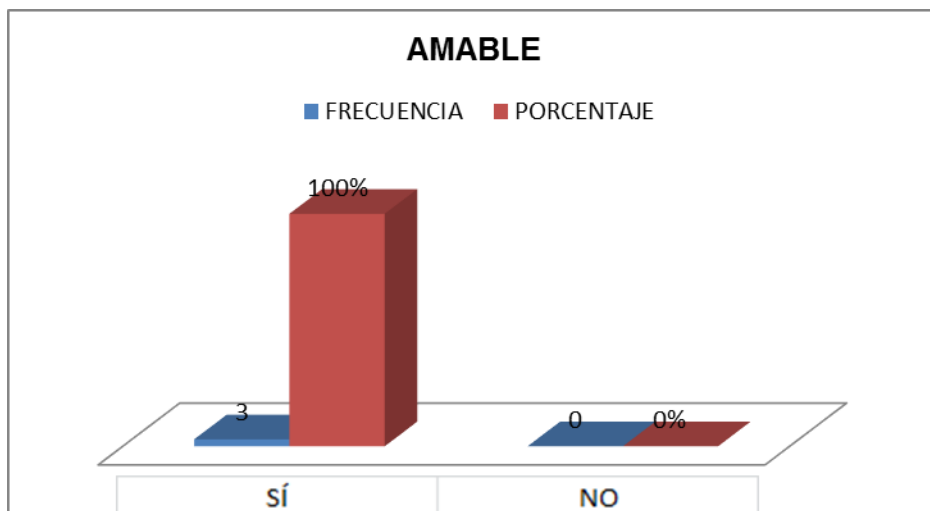
LESION MEDULAR

CUADRO N° 40

ES AMABLE CON EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 40



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 40 el 100% de los odontólogos fue amable con el paciente.

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos,

pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”⁴³ (Moya et al., 2009, p. 14). Ver página 38.

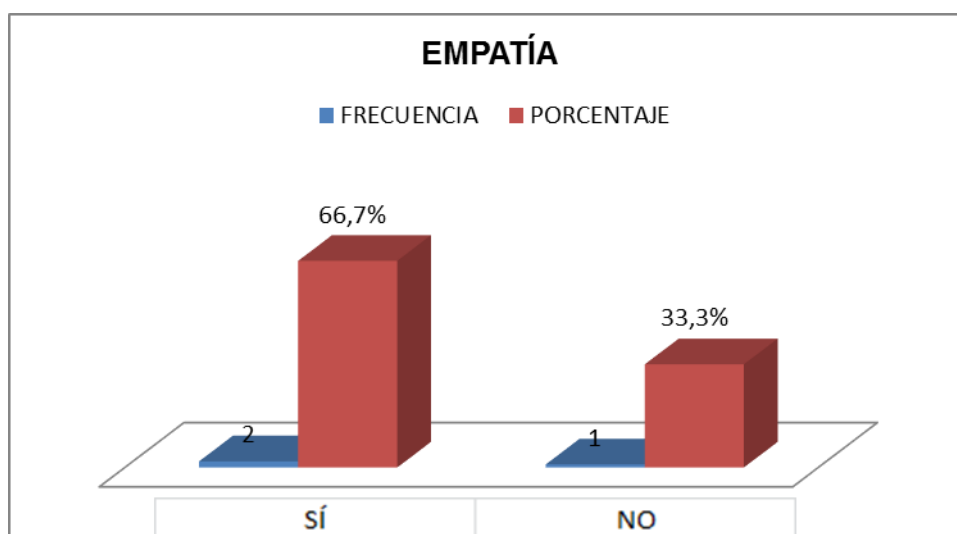
Se determinó que todos los odontólogos fueron amables con el paciente.

CUADRO N° 41

MUESTRA EMPATÍA POR EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	66,7%
NO	1	33,3%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 41



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 41 un 66,7% de los odontólogos mostraron empatía a sus pacientes, y un 33,3% no mostraron.

⁴³ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad⁴⁴ (Barrancos, 2008, p. 94). Ver página 38.

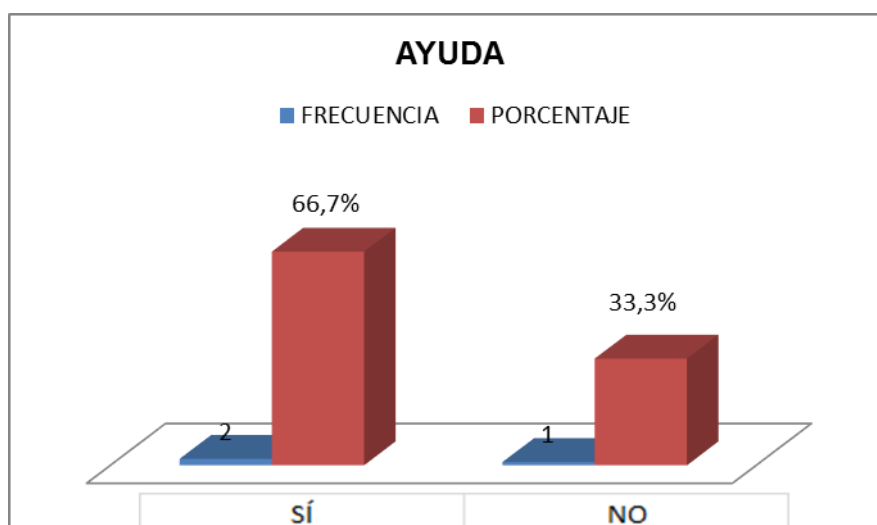
Los resultados revelan que los odontólogos mostraron empatía por el paciente.

CUADRO N° 42

OFRECE SU AYUDA AL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	66,7%
NO	1	33,3%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 42



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 42 el 66,7% de los odontólogos ofrece su ayuda al paciente, y un 33,3% no lo hace.

⁴⁴ Barrancos, J., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, menciona: En el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si el acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas⁴⁵ . Ver página 38.

El resultado mediante las fichas de observación es que los odontólogos ofrecen su ayuda al paciente que sufre de lesión cerebral a trasladarse al sillón.

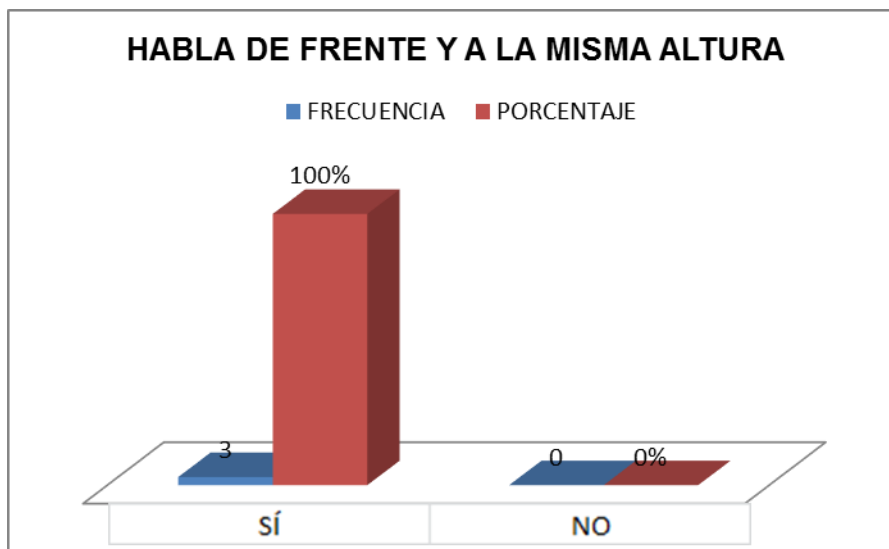
CUADRO N° 43

AL HABLAR CON EL PACIENTE EN LA SILLA DE RUEDAS SE SITÚA DE FRENTE Y A LA MISMA ALTURA DE ÉL

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

⁴⁵ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad.* Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

GRÁFICO N° 43



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 43 indica que el 100% de los odontólogos habla a sus pacientes de frente y a la misma altura.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, menciona: Para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados; si desconocemos el uso de la silla de ruedas, preguntar cómo ayudarlo; dirigirse la persona en silla de ruedas y no a su acompañante⁴⁶. Ver página 38.

Se determinó por medio de la ficha de observación que los odontólogos hablan de frente y a la misma altura al paciente, lo cual es de vital importancia.

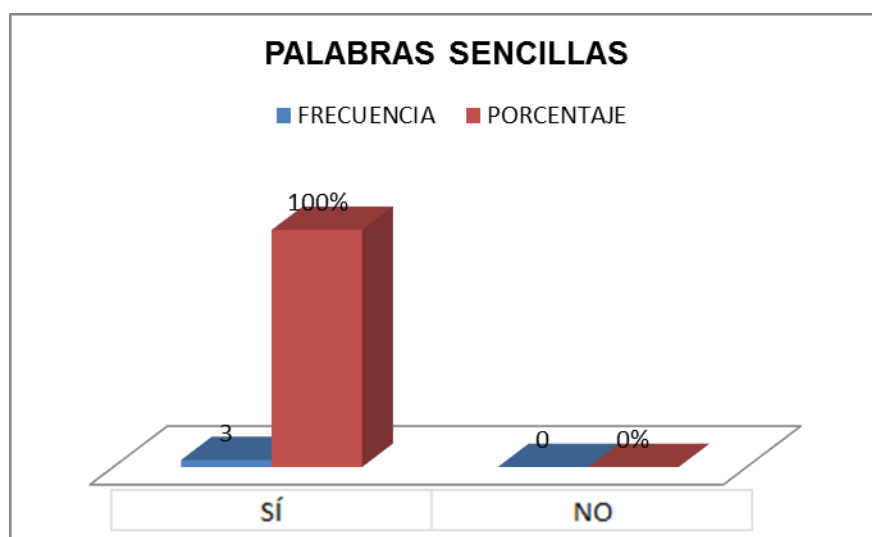
⁴⁶ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

CUADRO N° 44

HABLA CON PALABRAS SENCILLAS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 44



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 44 el 100% de los odontólogos empleó palabras sencillas al hablar con el paciente que tiene lesión medular.

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas⁴⁷ (López, 2010, p. 14). Ver página 38.

⁴⁷ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

Los datos obtenidos indican que los odontólogos emplean palabras sencillas al dialogar con los pacientes, lo que es muy conveniente.

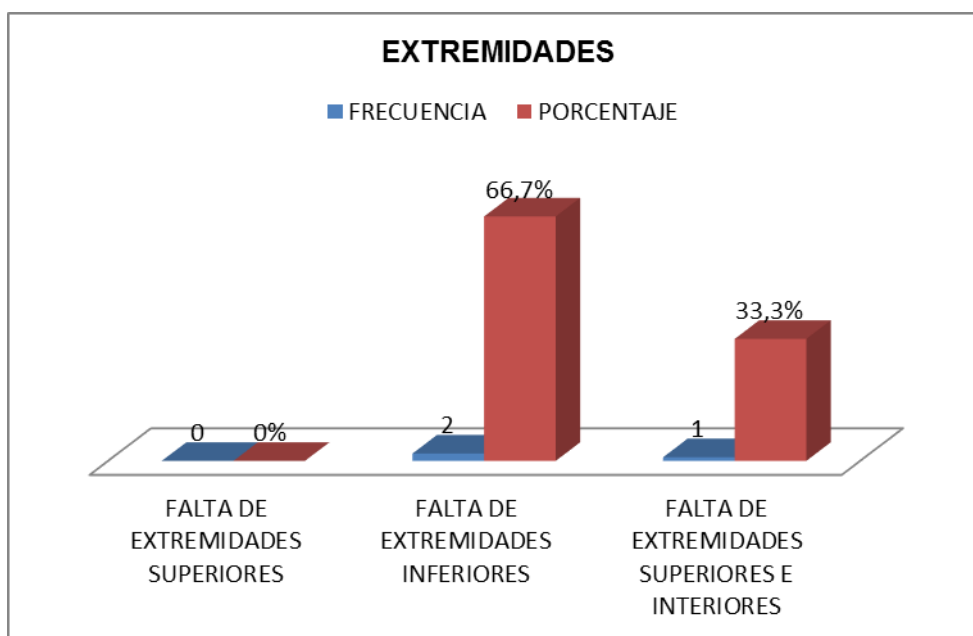
AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES

CUADRO N° 45

VARIACIÓN DE PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FALTA DE EXTREMIDADES SUPERIORES	0	0%
FALTA DE EXTREMIDADES INFERIORES	2	66,7%
FALTA DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INTERIORES	1	33,3%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 45



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 45 el 66,7% de los pacientes presentó amputación de extremidades inferiores, mientras que el 33,3% presentó amputación de extremidades superiores e inferiores.

La página web Fernández Mendoza, O. con su tema cirugía radical en aparato locomotor, menciona: Las amputaciones pueden ser en extremidades superiores: a nivel del cuello del húmero, a nivel del antebrazo, de la muñeca, la mano y los dedos. Las amputaciones de extremidades inferiores pueden ser: a nivel del muslo, fémur distal, rodilla, el pie y los dedos⁴⁸. Ver página 39.

Con los resultados obtenidos se determinó que el mayor número de pacientes con amputaciones que acudieron a la consulta odontológica fueron aquellos quienes carecen de extremidades inferiores representando el 66,7%.

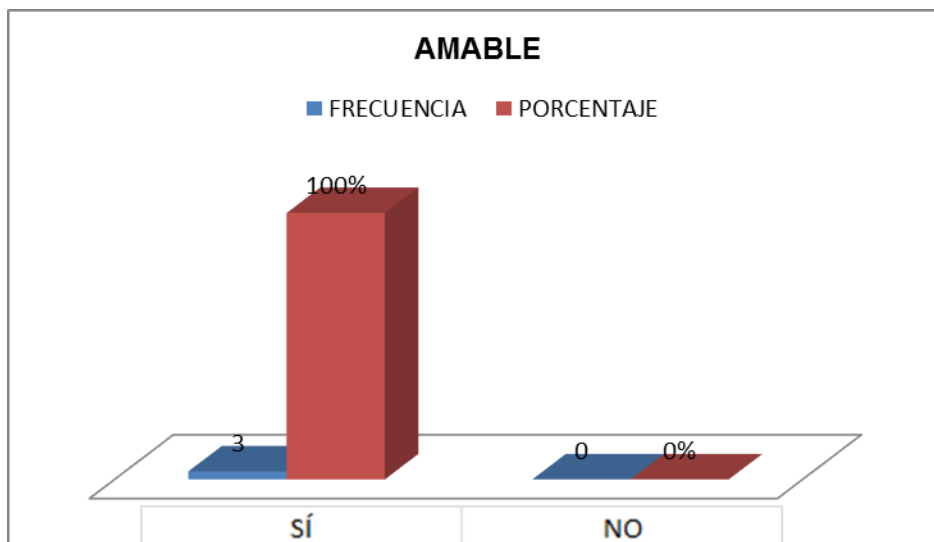
CUADRO N° 46

ES AMABLE CON EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

⁴⁸ Fernández Mendoza, O. (s.f.). *Cirugía radical en aparato locomotor*. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_ii/cirugia_ral.htm

GRÁFICO N° 46



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 46 el 100% de los odontólogos fue amable con los pacientes que han sufrido amputaciones de extremidades.

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos, pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”⁴⁹ (Moya et al., 2009, p. 14). Ver página 40.

Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos es amable con los pacientes que han sufrido amputación de extremidades.

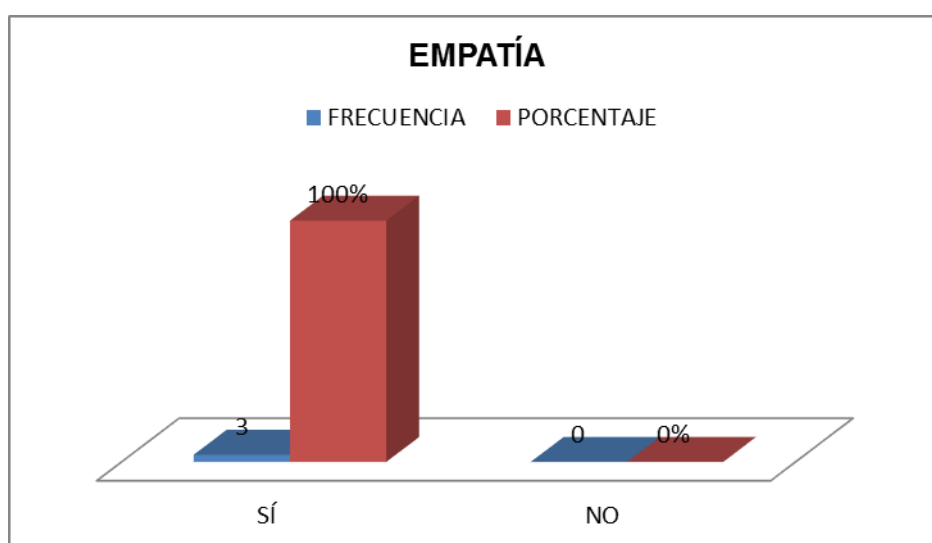
¹⁸³ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

CUADRO N° 47

MUESTRA EMPATÍA POR EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 47



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 47 el 100% de los odontólogos mostró empatía por el paciente y sus familiares.

El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad⁵⁰ (Barrancos, 2008, p. 94). Ver página 40.

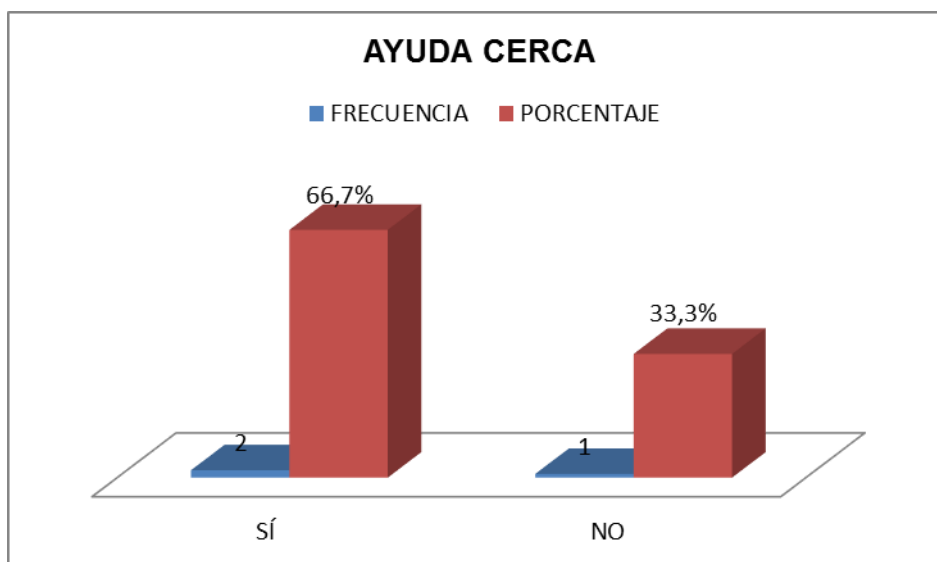
Con los datos obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos mostró empatía a los pacientes que han sufrido amputaciones y sus familiares durante la consulta odontológica.

CUADRO N° 48

PROCURA QUE LAS MULETAS U OTRA AYUDA ESTÉN SIEMPRE CERCA DEL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	66,7%
NO	1	33,3%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 48



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁵⁰ Barrancos, J., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (4te ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 48 el 66,7% de los odontólogos procuró colocar las muletas cerca del paciente, mientras que un 33,3% no lo hizo.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: Realizar historia clínica; evitar contacto físico con el paciente mientras se está desplazando hacia el sillón; procurar que las muletas u otra ayuda para caminar que utilice estén siempre cerca de la persona, si esto no es posible, se debe estar pendiente para dárselas en el momento en que termina el tratamiento⁵¹. Ver página 40.

Se determinó que el 66,7% de los odontólogos procuró colocar las muletas de los pacientes que han sufrido amputaciones cerca de él durante su tratamiento.

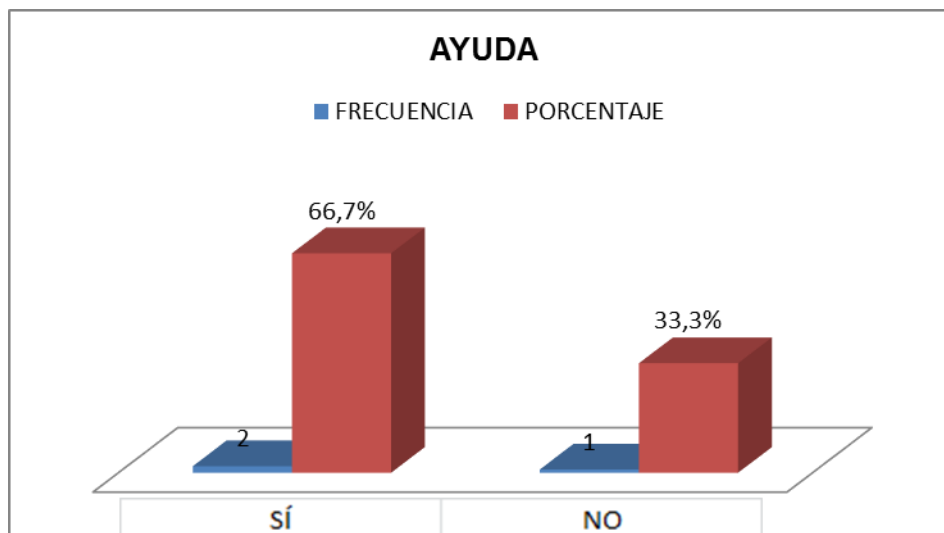
CUADRO N° 49

OFRECE SU AYUDA AL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	66,7%
NO	1	33,3%
TOTAL	3	100%

⁵¹ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

GRÁFICO N° 49



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 49 el 66,7% de los odontólogos ofreció su ayuda al paciente, mientras que el 33,3% no lo hizo.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras cita: en el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si el acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas⁵² . Ver página 40.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 66,7% de los odontólogos ofrece su ayuda a los pacientes que han sufrido amputación de extremidades durante la consulta dental.

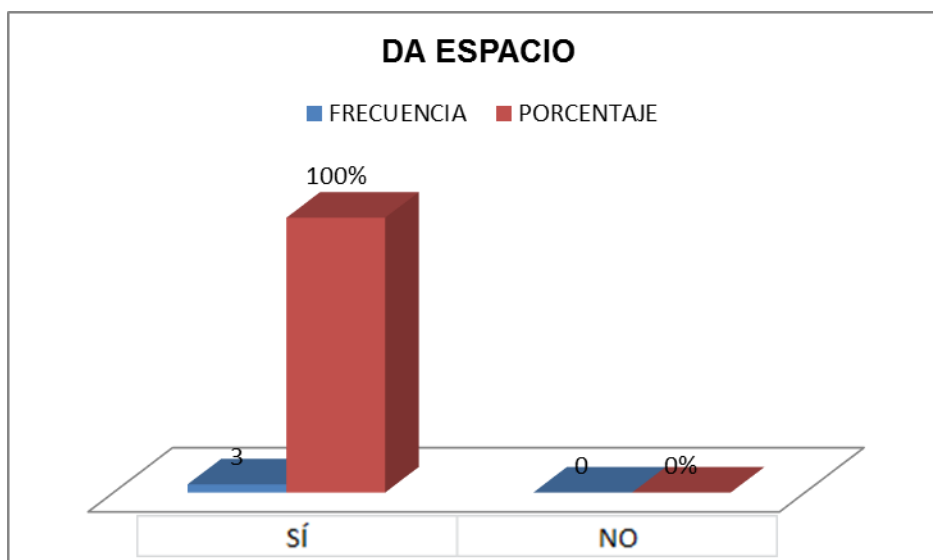
⁵² Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

CUADRO N° 50

DA ESPACIO SUFICIENTE PARA QUE EL PACIENTE SE ACOMODE EN EL SILLÓN

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 50



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 50 el 100% de los odontólogos da el espacio suficiente para que el paciente se acomode en el sillón.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: Dar el espacio necesario para que el paciente se acomode en el sillón es fundamental⁵³ . Ver página 40.

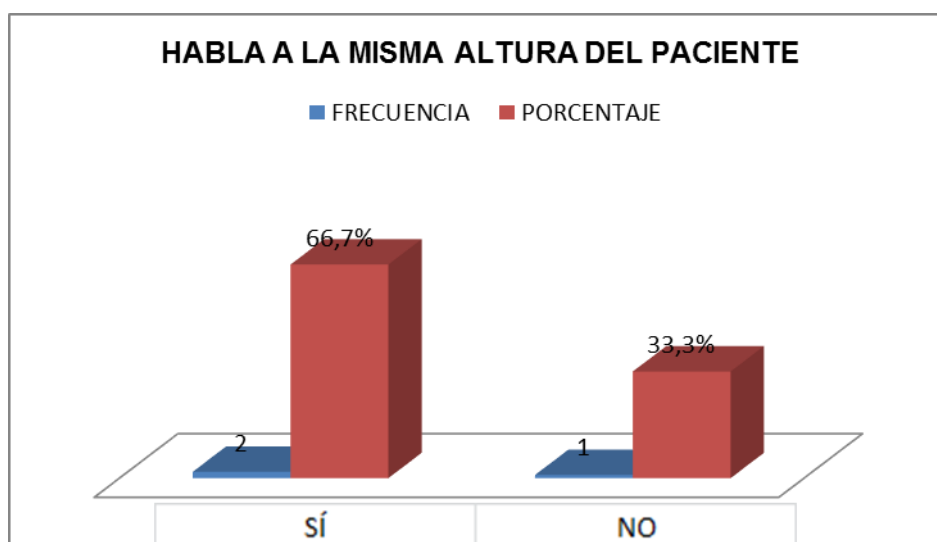
Con los resultados obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos da espacio suficiente para que el paciente que ha sufrido amputación de extremidades se acomode en el sillón dental para su tratamiento.

CUADRO N° 51

AL HABLAR CON EL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS SE SITÚA DE FRENTE Y A LA MISMA ALTURA DE ÉL

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	66,7%
NO	1	33,3%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 51



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁵³ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 51 el 66,7% de los odontólogos al hablar con pacientes en silla de ruedas se coloca de frente y a la misma altura de ellos, mientras que el 33,3% no lo hace.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados⁵⁴. Ver página 40.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 66,7% de los odontólogos se coloca de frente y a la misma altura del paciente que ha sufrido amputación de extremidades y utiliza silla de ruedas.

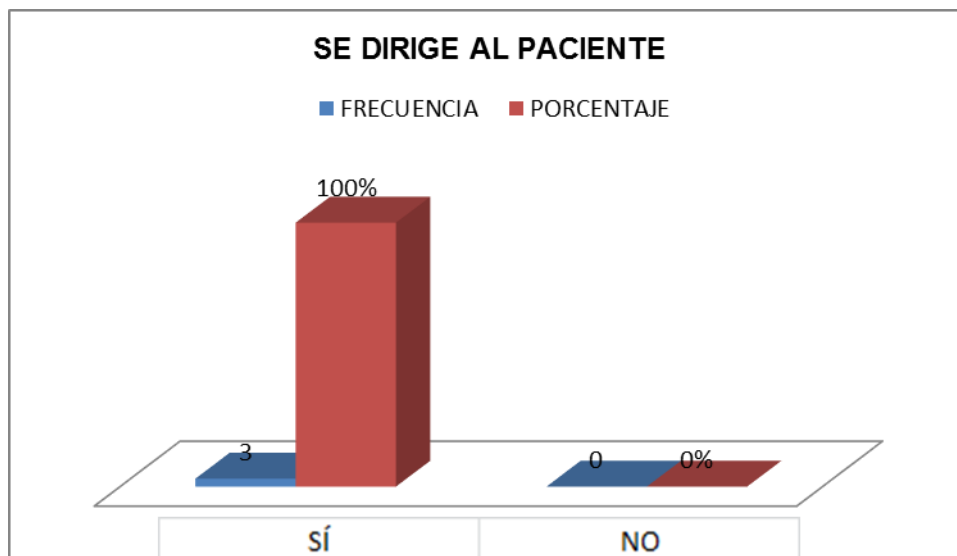
CUADRO N° 52

SE DIRIGE AL PACIENTE CUANDO EXPLICA SU TRATAMIENTO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

⁵⁴ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

GRÁFICO N° 52



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 52 el 100% de los odontólogos se dirige al paciente cuando explica su tratamiento.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, cita: dirigirse la persona en silla de ruedas y no a su acompañante⁵⁵.
Ver página 40.

Con los resultados obtenidos se determinó el 100% de los odontólogos cuando explican el tratamiento a realizar se dirigen al paciente y no a su acompañante.

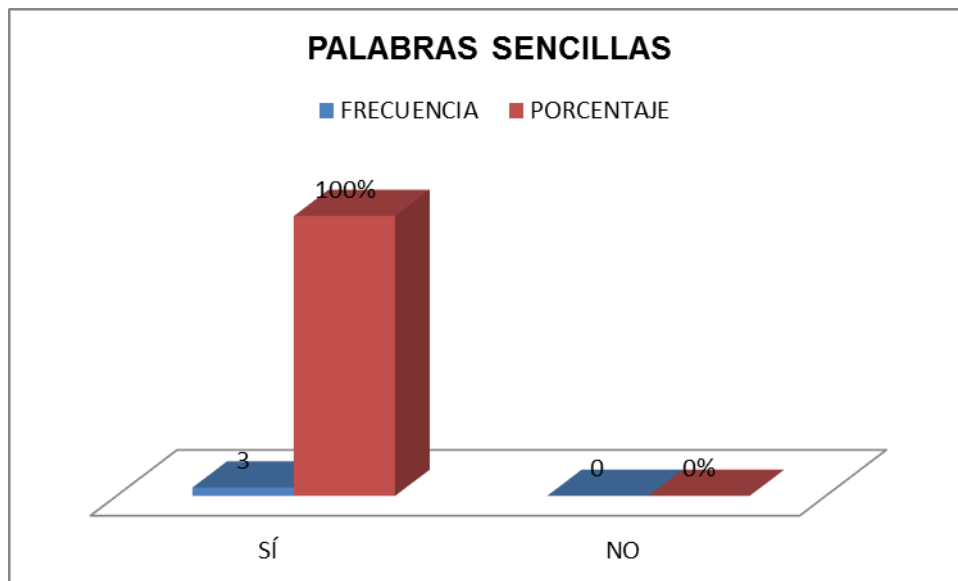
⁵⁵ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

CUADRO N° 53

HABLA CON PALABRAS SENCILLAS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 53



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 53 el 100% de los odontólogos habló con palabras sencillas.

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas⁵⁶ (López, 2010, p. 14). Ver página 40.

⁵⁶ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

Se determinó que el 100% de los odontólogos empleó palabras sencillas en el momento de hablar con el paciente que ha sufrido amputación de extremidades.

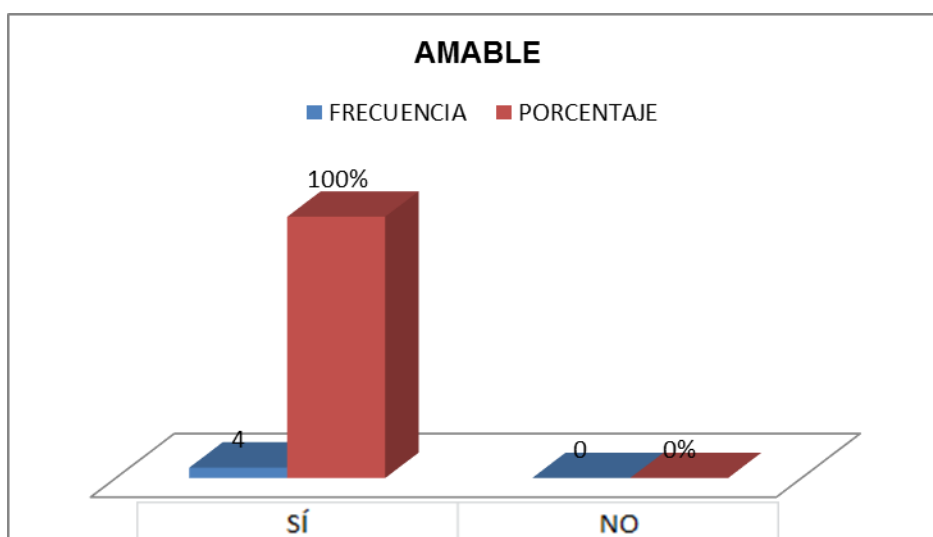
ARTRITIS REUMATOIDE

CUADRO N° 54

ES AMABLE CON EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	4	100%
NO	0	0%
TOTAL	4	100%

GRÁFICO N° 54



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 54 el 100% de los odontólogos fue amable con los pacientes que tienen artritis reumatoide.

“Ser amable es brindar la calidez que el paciente desea y necesita en una consulta odontológica. Se pueden poseer los más costosos y avanzados equipos, pero si el ambiente no es cálido y cordial nunca se recuperará esa inversión”⁵⁷ (Moya et al., 2009, p. 14). Ver página 42.

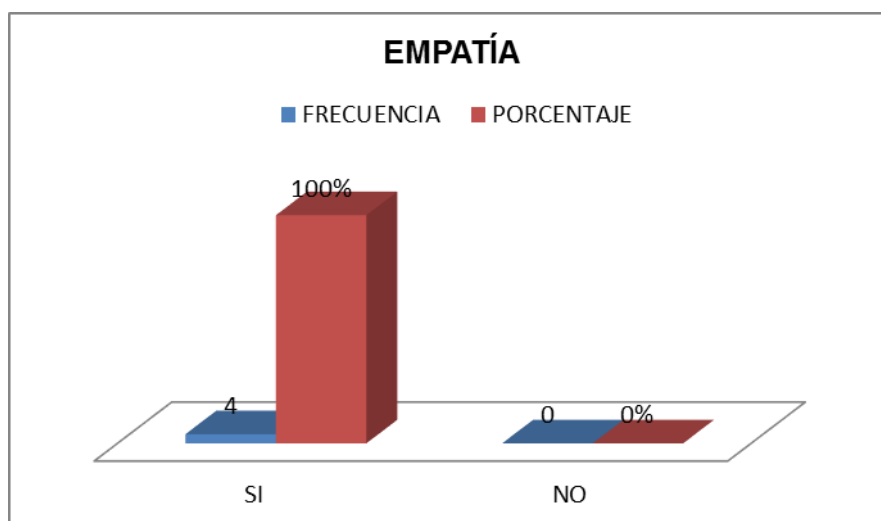
Los datos recabados por mediante las fichas de observación revelan que todos los odontólogos fueron amables con el paciente.

CUADRO N° 55

MUESTRA EMPATÍA POR EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	4	100%
NO	0	0%
TOTAL	4	100%

GRÁFICO N° 55



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁵⁷ Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 55 el 100% de los odontólogos mostró empatía a los pacientes.

El odontólogo debe poseer atributos que faciliten el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza y honestidad⁵⁸ (Barrancos, 2008, p. 94). Ver página 42.

Los datos indican que todos los profesionales demostraron empatía a los pacientes y familiares.

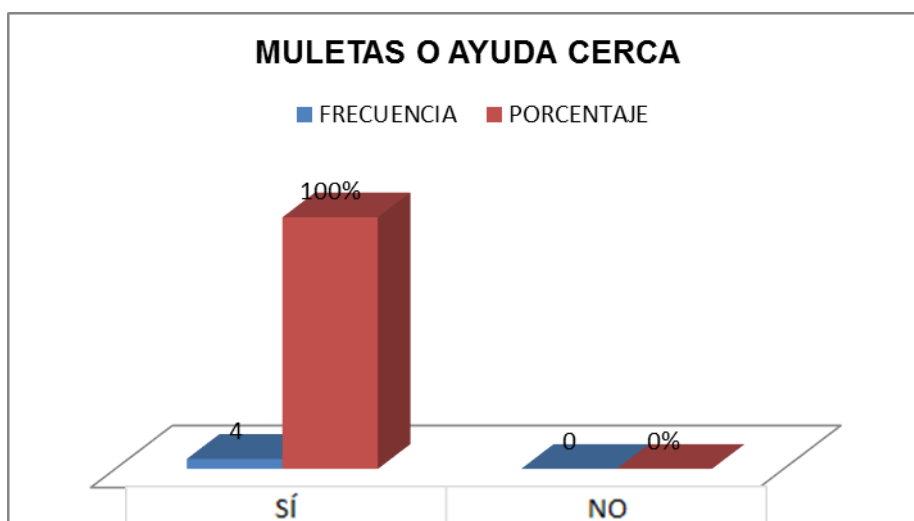
CUADRO N° 56

PROCURA QUE LAS MULESTAS U OTRA AYUDA ESTÉN SIEMPRE CERCA DEL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	4	100%
NO	0	0%
TOTAL	4	100%

⁵⁸ Barrancos, J., Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

GRÁFICO N° 56



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 56 el 100% de los odontólogos procuró que las muletas o cualquier ayuda para moverse estén cerca del paciente cuando éste se encuentra en el sillón.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, menciona: procurar que las muletas u otra ayuda para caminar que utilice estén siempre cerca de la persona, si esto no es posible, se debe estar pendiente para dárselas en el momento en que termina el tratamiento⁵⁹. Ver página 42.

Los resultados de la ficha de observación es que los odontólogos procuraron que las muletas o cualquier ayuda para moverse estén cerca del paciente cuando éste se encuentra en el sillón.

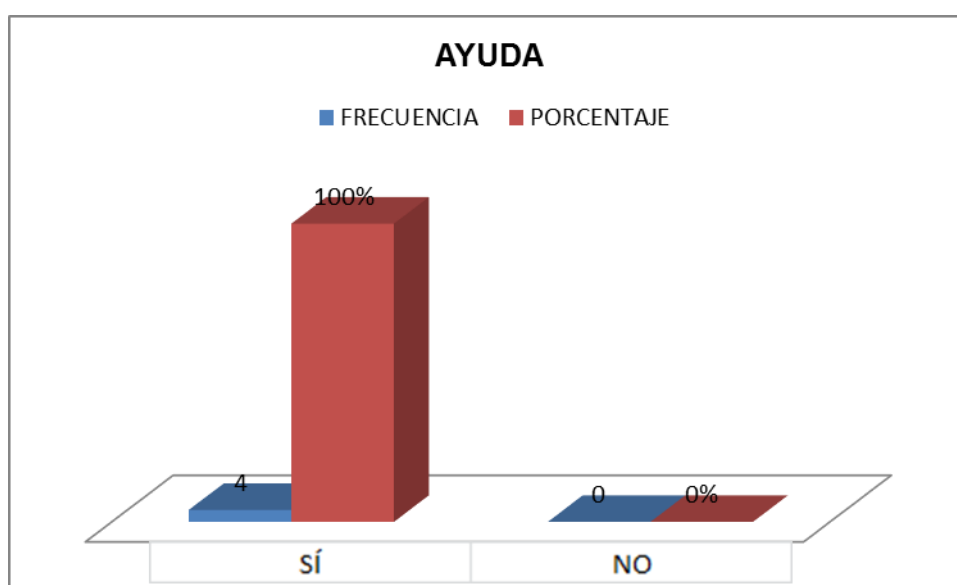
⁵⁹ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

CUADRO N° 57

OFRECE SU AYUDA AL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	4	100%
NO	0	0%
TOTAL	4	100%

GRÁFICO N° 57



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 57 el 100% de los odontólogos ofreció su ayuda al paciente para trasladarse al sillón.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, menciona: en el momento en que el paciente se traslada al sillón se debe ofrecer ayuda, si el acepta, preguntar cómo debe hacerse ya que estas

personas tienen sus técnicas personales y una ayuda inadecuada puede entorpecer las cosas⁶⁰ . Ver página 42.

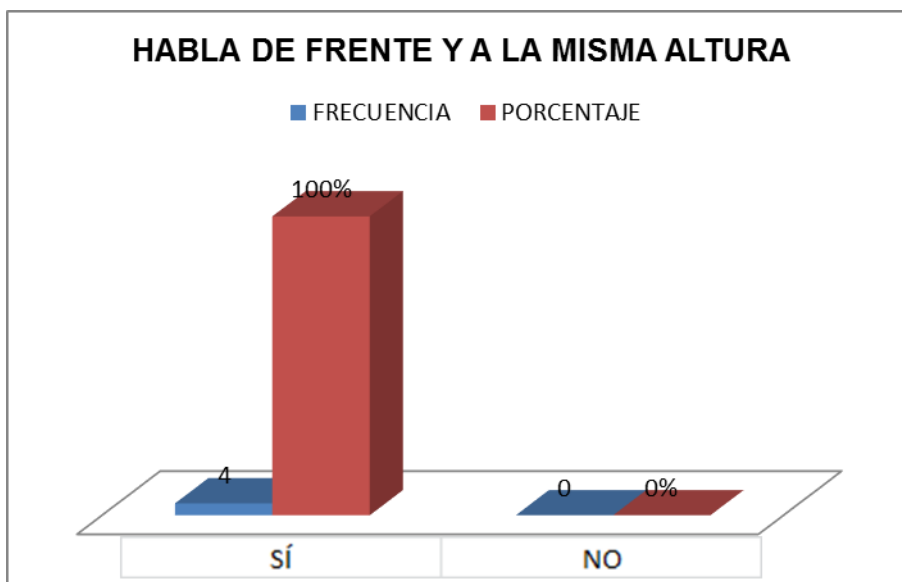
Los datos revelan que todos los odontólogos ofrecieron su ayuda al paciente para trasladarse al sillón.

CUADRO N° 58

AL HABLAR CON EL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS SE SITÚA DE FRENTE Y A LA MISMA ALTURA DE ÉL

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	4	100%
NO	0	0%
TOTAL	4	100%

GRÁFICO N° 58



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁶⁰ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro muestra que el 100% de los odontólogos habla de frente y a la misma altura del paciente que tiene distrofia muscular.

La página web Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras, menciona: Para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, es importante situarse de frente y a la misma altura, a ser posible sentados⁶¹. Ver página 42.

Los resultados indican que los odontólogos hablan de frente y a la misma altura del paciente que tiene distrofia muscular.

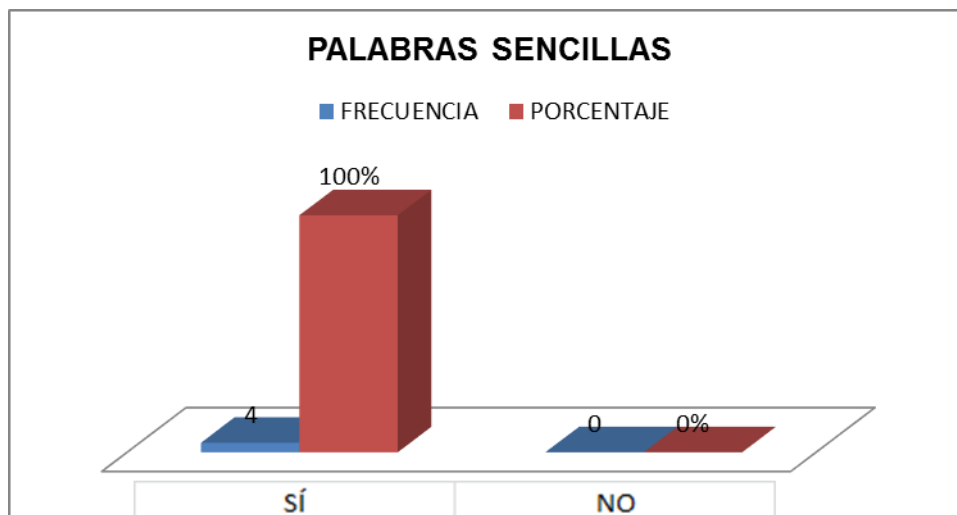
CUADRO N° 59

HABLA CON PALABRAS SENCILLAS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	4	100%
NO	0	0%
TOTAL	4	100%

⁶¹ Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

GRÁFICO N° 59



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 59 el 100% de los odontólogos emplea palabras sencillas para dirigirse a los pacientes.

Emplear frases cortas, palabras sencillas y concretas, vocalizar de la mejor manera posible, hablar con seguridad, desarrollar una sola idea a la vez, utilizar frases positivas⁶² (López, 2010, p. 14). Ver página 42.

Los datos indican que los odontólogos emplean palabras sencillas para dirigirse a los pacientes.

¹⁹⁶ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.

DISCAPACIDADES INTELECTUALES

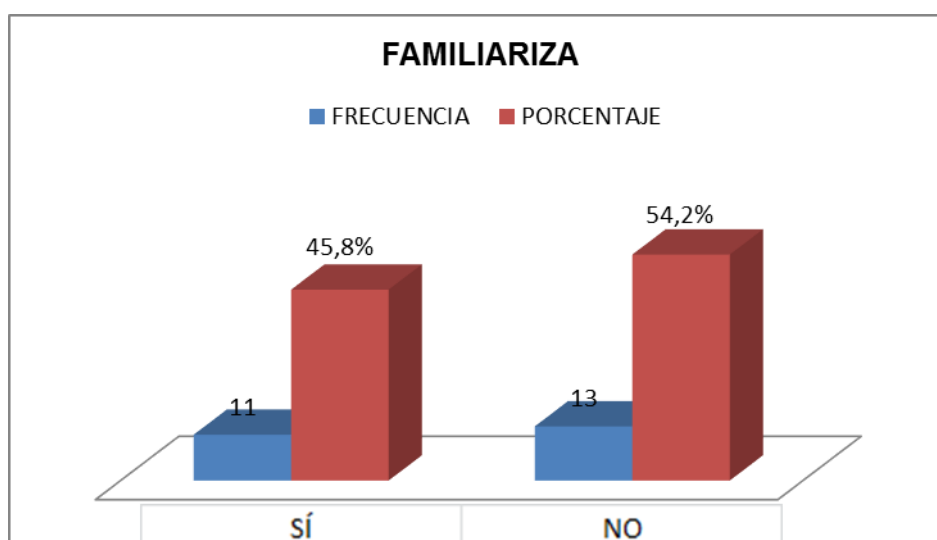
RETRASO MENTAL

CUADRO N° 60

FAMILIARIZA AL PACIENTE CON EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	11	45,8%
NO	13	54,2%
TOTAL	24	100%

GRÁFICO N° 60



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 60 el 45,8% de los odontólogos familiariza al paciente con el ambiente del consultorio, mientras que el 54,2% no lo hace.

Familiarizar al paciente con el ambiente del consultorio⁶³ (Boj, 2011, p. 632). Ver página 44.

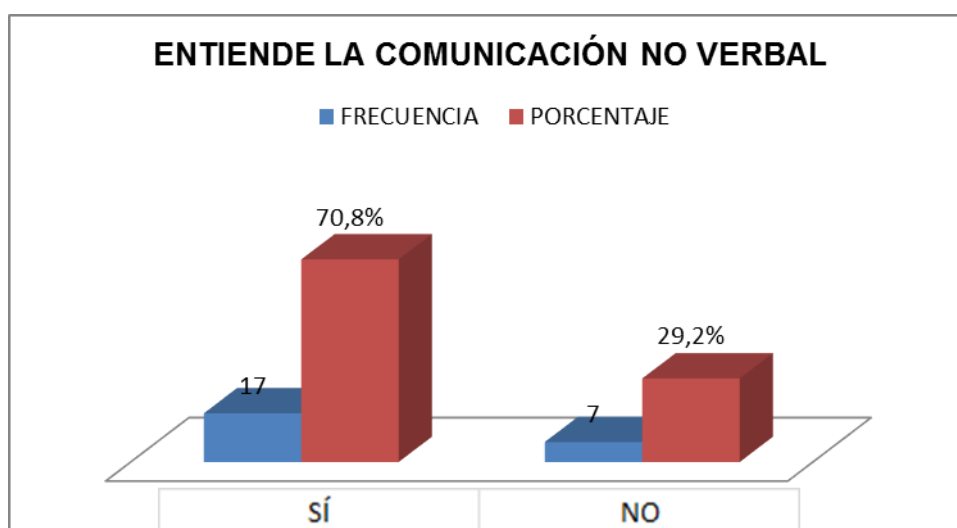
Se determinó que los profesionales no familiarizan al paciente con retraso mental al consultorio odontológico.

CUADRO N° 61

ENTIENDE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DEL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	17	70,8%
NO	7	29,2%
TOTAL	24	100%

GRÁFICO N° 61



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 61 el 70% de los odontólogos entendió la comunicación no verbal del paciente, mientras que el 29,2% no lo hizo.

⁶³ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

Familiarizar al paciente con el ambiente del consultorio; entender e interpretar su comunicación no verbal; iniciar con citas corta; interconsulta médica; posicionamiento adecuado de la vía aérea⁶⁴ (Boj, 2011, p. 632). Ver página 44.

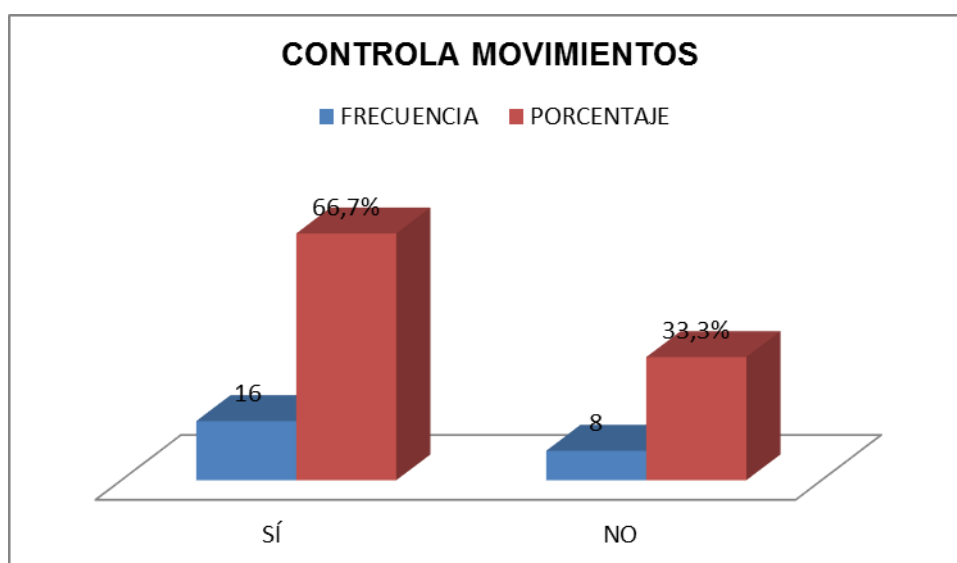
Con los resultados obtenidos se determinó que el 70,8% de los odontólogos entendió la comunicación no verbal de los pacientes con discapacidad que acudieron a la consulta dental.

CUADRO N° 62

CONTROLA MOVIMIENTOS PARA EVITAR LESIONES DURANTE EL TRATAMIENTO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	16	66,7%
NO	8	33,3%
TOTAL	24	100%

GRÁFICO N° 62



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁶⁴ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 62 el 66,7% de los odontólogos controló movimientos para evitar lesiones durante el tratamiento, mientras que el 33,3% no lo hizo.

Se debe controlar o limitar los movimientos para evitar lesiones durante el tratamiento, utilizando dispositivos para el control de la apertura y la lengua, o para el control de la cabeza y extremidades, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo, lo puede realizar el odontólogo, el personal auxiliar o los mismo padres o dispositivos de restricción⁶⁵ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 277). Ver página 44.

Se determinó que el 66,7% de los odontólogos controló los movimientos en pacientes con discapacidad para evitar lesiones durante el tratamiento odontológico.

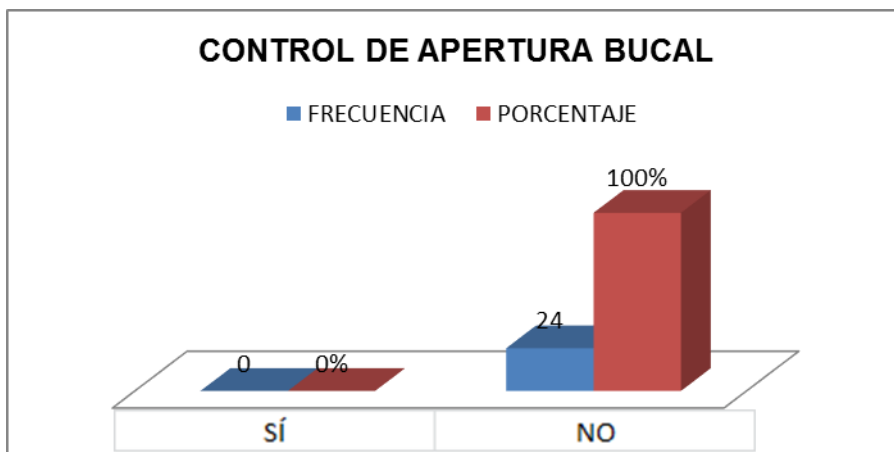
CUADRO N° 63

UTILIZA DISPOSITIVOS PARA EL CONTROL DE LA APERTURA BUCAL

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	24	100%
TOTAL	24	100%

⁶⁵ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

GRÁFICO N° 63



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 63 el 100% de los odontólogos no utilizó dispositivos para el control de la apertura bucal del paciente.

Se debe controlar o limitar los movimientos para evitar lesiones durante el tratamiento, utilizando dispositivos para el control de la apertura y la lengua, o para el control de la cabeza y extremidades, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo, lo puede realizar el odontólogo, el personal auxiliar o los mismo padres o dispositivos de restricción⁶⁶ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 277). Ver página 44.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos no emplea dispositivos para el control de la apertura bucal del paciente con retraso mental.

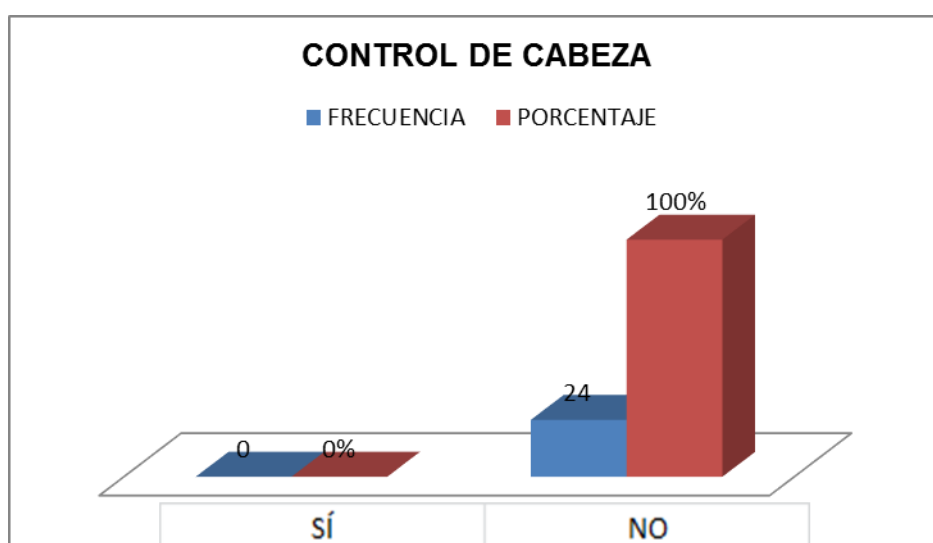
⁶⁶ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

CUADRO N° 64

UTILIZA DISPOSITIVOS PARA EL CONTROL DE LA CABEZA

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	24	100%
TOTAL	24	100%

GRÁFICO N° 64



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 64 el 100% de los odontólogos no utilizó dispositivos para el control de la cabeza del paciente.

Se debe controlar o limitar los movimientos para evitar lesiones durante el tratamiento, utilizando dispositivos para el control de la apertura y la lengua, o para el control de la cabeza y extremidades, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo, lo puede realizar el odontólogo, el personal auxiliar o los mismo

padres o dispositivos de restricción⁶⁷ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 277). Ver página 44.

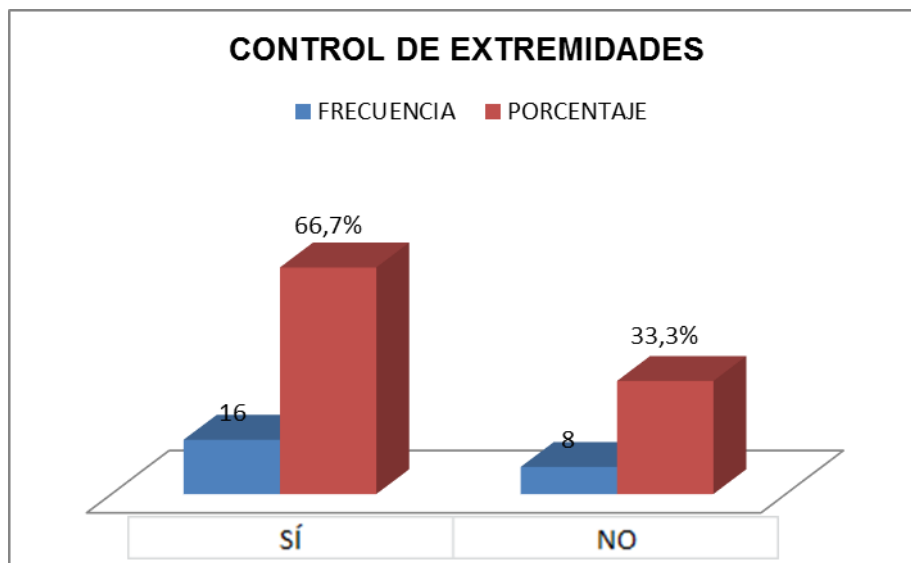
Con los resultados obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos no emplea dispositivos para el control de la cabeza del paciente con retraso mental.

CUADRO N° 65

CONTROLA LAS EXTREMIDADES CON AYUDA DE LOS PADRES O TUTOR

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	16	66,7%
NO	8	33,3%
TOTAL	24	100%

GRÁFICO N° 65



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁶⁷ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 65 el 66,7% de los odontólogos controló las extremidades con ayuda de los padres o tutores, mientras que el 33,3% no lo hizo.

Se debe controlar o limitar los movimientos para evitar lesiones durante el tratamiento, utilizando dispositivos para el control de la apertura y la lengua, o para el control de la cabeza y extremidades, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo, lo puede realizar el odontólogo, el personal auxiliar o los mismo padres o dispositivos de restricción⁶⁸ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 277). Ver página 44.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 66,7% de los profesionales controló los movimientos de las extremidades de los pacientes con retraso mental con la ayuda de los padres o tutor q acompaña al paciente a la consulta, lo cual es favorable ya que de esta manera se evitan lesiones.

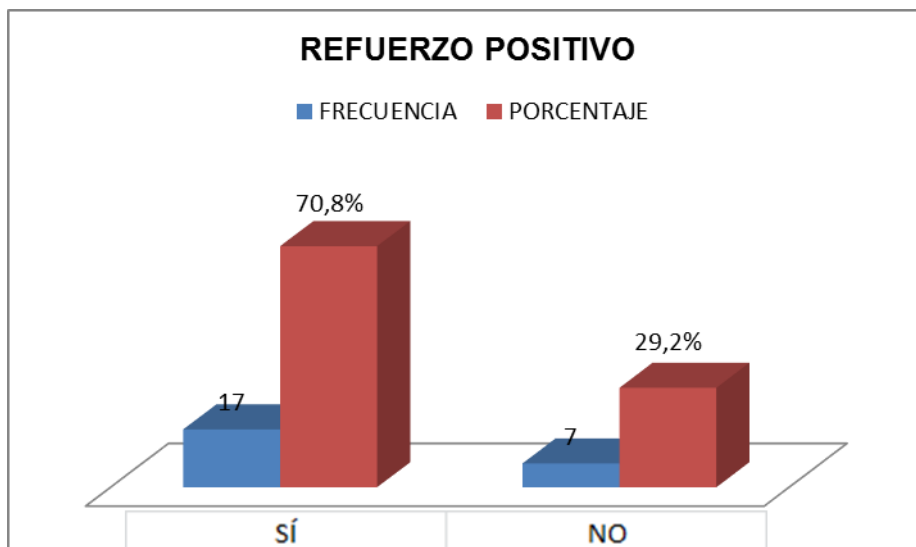
CUADRO N° 66

APLICA REFUERZO POSITIVO POR CADA LOGRO ALCANZADO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	17	70,8%
NO	7	29,2%
TOTAL	24	100%

⁶⁶ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

GRÁFICO N° 66



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 66 el 70,8% de los odontólogos aplicó el refuerzo positivo por cada logro alcanzado, mientras que el 29,2% no aplicó el refuerzo positivo.

Hacer reforzamiento positivo por cada logro alcanzado. Recurrir al tratamiento con anestesia general en los casos donde haya fracasado las otras técnicas, en tratamientos largos y complejos o en pacientes con alto riesgo médico⁶⁹ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 277). Ver página 44.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 70,8% de los odontólogos aplicaron el refuerzo positivo por cada logro alcanzado en el paciente con retraso mental.

⁶⁹ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

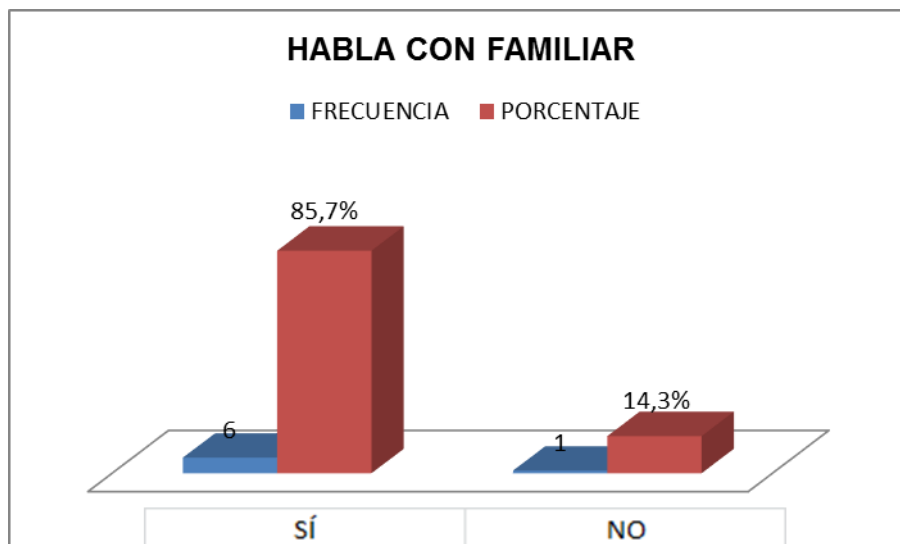
SINDROME DE DOWN

CUADRO N° 67

HABLA CON EL FAMILIAR DEL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	6	85,7%
NO	1	14,3%
TOTAL	7	100%

GRÁFICO N° 67



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 67 el 85,7% de los odontólogos habla con el familiar del paciente a cerca de sus características personales, mientras un 14,3% no lo hace.

Los padres tienen una función imprescindible puesto que pasan mucho tiempo junto a él, aportan información sobre su estilo familiar, características de sus

hábitos y preferencias, se debe dialogar con ellos para conocer ésta información⁷⁰ (Aranda, 2008, pp. 334-336). Ver página 46.

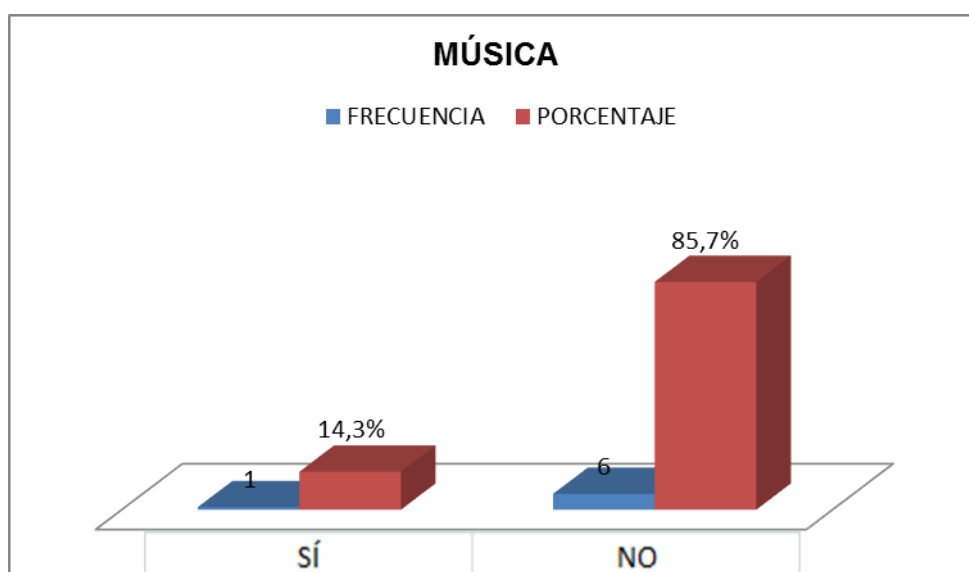
Se determinó que la mayoría de los odontólogos dialogan con los padres del paciente a cerca de las características de éste.

CUADRO N° 68

APLICA MÚSICA EN EL CONSULTORIO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	14,3%
NO	6	85,7%
TOTAL	7	100%

GRÁFICO N° 68



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁷⁰ Aranda, R. (2008). *Atención temprana en educación infantil*. España: Wolters kluwer.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 68 el 14,3% de los odontólogos utilizó música en el consultorio, mientras un 85,7% no la utilizó.

La página web Ciencias.es, cita: Se recomienda el empleo de música para calmar los niveles de estrés⁷¹. Ver página 46.

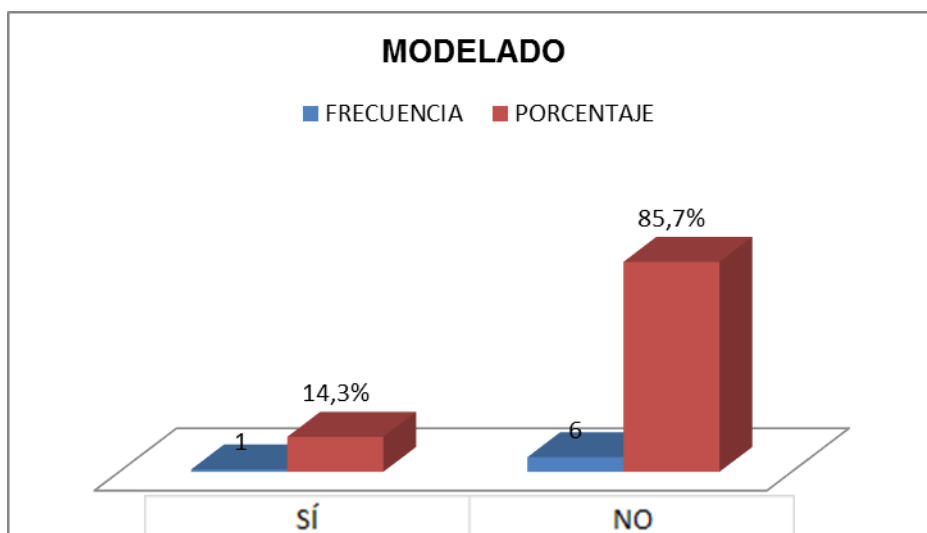
Los datos recabados indican que la mayoría de los consultorios no disponen de música en los consultorios odontológicos.

CUADRO N° 69

EMPLEA LA TÉCNICA DE MODELADO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	14,3%
NO	6	85,7%
TOTAL	7	100%

GRÁFICO N° 69



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁷¹ Ciencias.es. (17 de abril del 2012). *Musicoterapia, ¿funciona?* Recuperado de <http://www.ciencias.es/musicoterapia/>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 69 el 14,3% de los odontólogos aplicó la técnica de modelado, mientras un 85,7% no lo realizó.

El modelado o aprendizaje por observación, la práctica de conducta y las actividades con objetos e imágenes son muy adecuados en pacientes con síndrome de Down. Presentar la estimulación siempre que se posible a través de más de un sentido⁷² (Aranda, 2008, pp. 334-336). Ver página 46.

Los datos demuestran que la mayoría de los odontólogos no aplican técnica de modelado en los pacientes en la consulta.

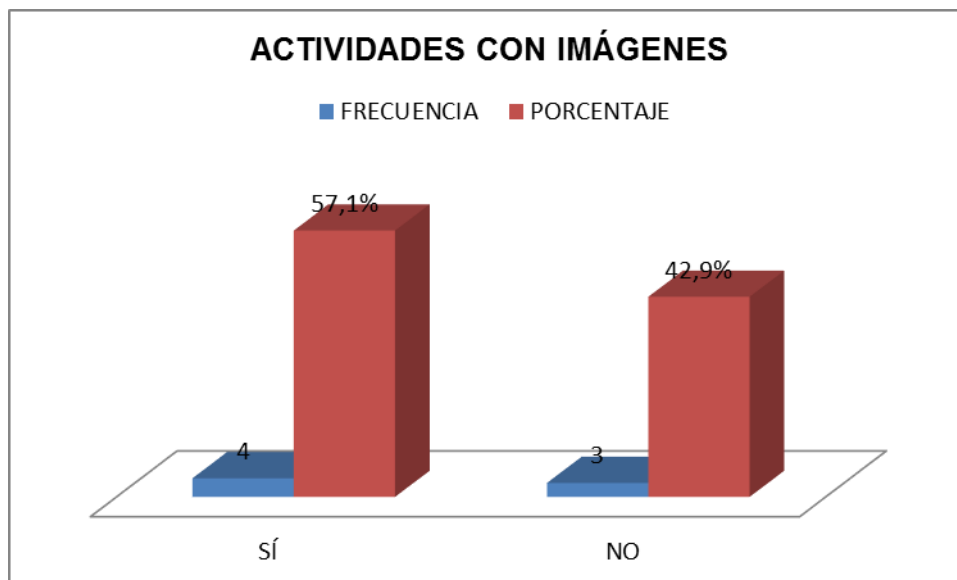
CUADRO N° 70

REALIZA ACTIVIDADES CON OBJETOS O IMÁGENES

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	4	57,1%
NO	3	42,9%
TOTAL	7	100%

⁷² Aranda, R. (2008). *Atención temprana en educación infantil*. España: Wolters kluwer.

GRÁFICO N° 70



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 70 el 57,1% de los odontólogos mostró objetos o imágenes en la consulta dental, y un 42,9% no lo hizo.

El modelado o aprendizaje por observación, la práctica de conducta y las actividades con objetos e imágenes son muy adecuados en pacientes con síndrome de Down. Presentar la estimulación siempre que se posible a través de más de un sentido⁷³ (Aranda, 2008, pp. 334-336). Ver página 46.

Mediante las fichas de observación se obtuvo que la mayoría de los odontólogos realizan actividades mostrando objetos o imágenes a los pacientes.

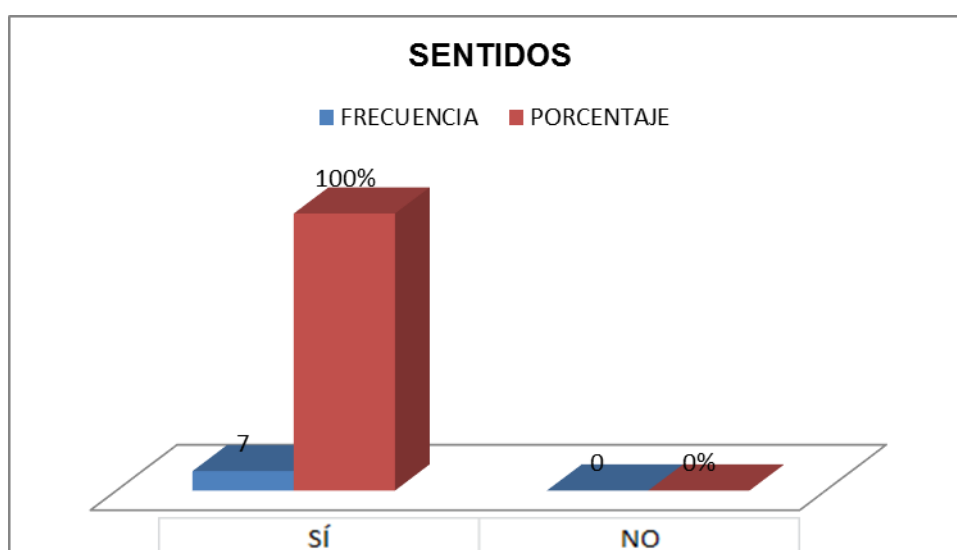
⁷³ Aranda, R. (2008). *Atención temprana en educación infantil*. España: Wolters kluwer.

CUADRO N° 71

ESTIMULA MÁS DE UN SENTIDO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	7	100%
NO	0	0%
TOTAL	7	100%

GRÁFICO N° 71



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 71 el 100% de los odontólogos estimuló más de un sentido en la consulta odontológica en pacientes con síndrome de Down.

El modelado o aprendizaje por observación, la práctica de conducta y las actividades con objetos e imágenes son muy adecuados en pacientes

consíndrome de Down. Presentar la estimulación siempre que se posible a través de más de un sentido⁷⁴ (Aranda, 2008, pp. 334-336). Ver página 46.

Los datos indican que los odontólogos estimulan más de un sentido a la vez con los pacientes en la consulta dental.

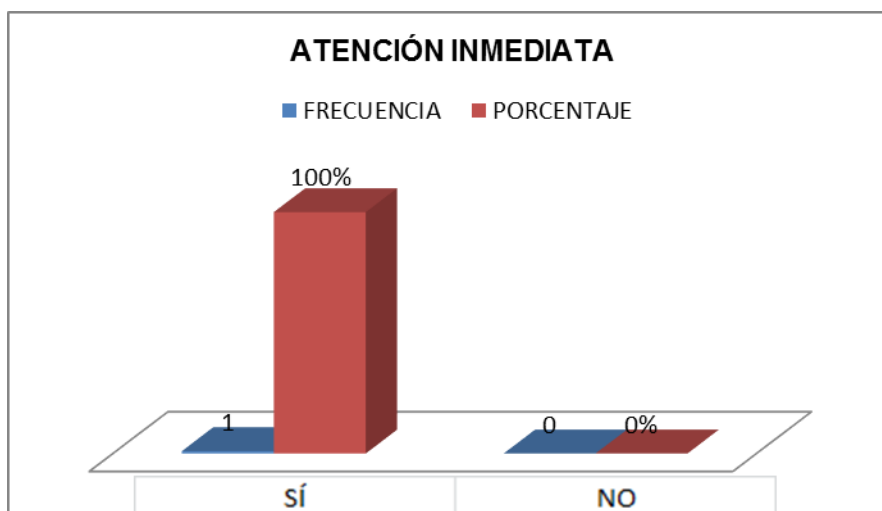
AUTISMO

CUADRO N° 72

ES ATENDIDO INMEDIATAMENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

GRÁFICO N° 72



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 72 el 100% la atención odontológica en el paciente con autismo fue inmediatamente llegó.

⁷⁴ Aranda, R. (2008). *Atención temprana en educación infantil*. España: Wolters kluwer.

El niño autista debe ser atendido tan pronto llegue y en un ambiente tranquilo, ya que se suelen poner nerviosos en la sala de espera⁷⁵ (Boj, 2011, pp. 140-144).
Ver página 49.

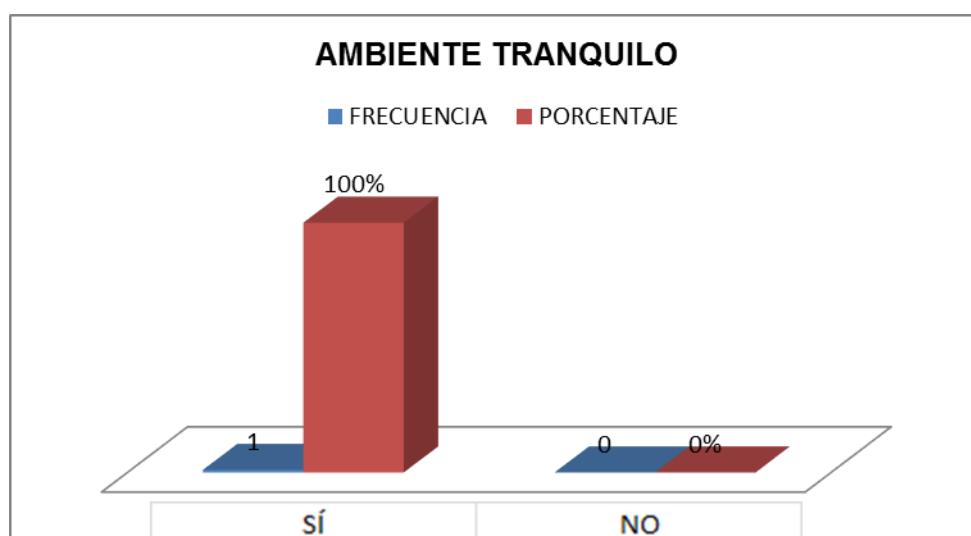
Se determinó que la atención fue oportuna.

CUADRO N° 73

AMBIENTE TRANQUILO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

GRÁFICO N° 73



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 73 el consultorio odontológico que representa el 100% tiene un ambiente tranquilo.

⁷⁵ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

El niño autista debe ser atendido tan pronto llegue y en un ambiente tranquilo, ya que se suelen poner nerviosos en la sala de espera⁷⁶ (Boj, 2011, pp. 140-144).
Ver página 49.

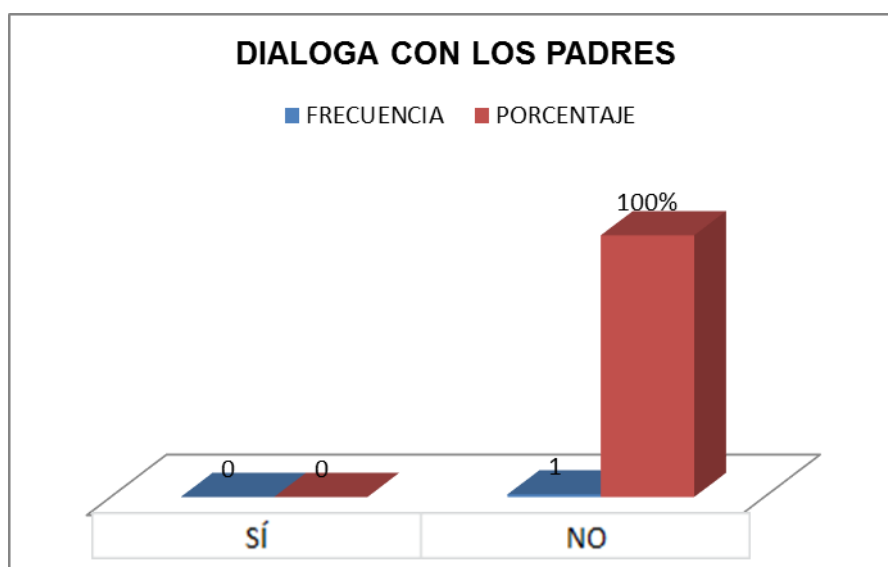
Se determinó que el ambiente del consultorio odontológico fue tranquilo.

CUADRO N° 74

DIALOGA CON LOS PADRES DEL PACIENTE A CERCA DE SUS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	1	100%
TOTAL	1	100%

GRÁFICO N° 74



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁷⁶ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 74 el odontólogo no dialoga con los padres del paciente acerca de sus características individuales.

Gómez en su página web de intervención en niños con autismo refiere, Dialogar con los padres del paciente para recabar toda la información relevante a cerca de las características individuales del paciente⁷⁷ . Ver página 49.

Mediante la ficha de observación se pudo revelar que el odontólogo no se informa con los padres del paciente autista sobre las características de éste.

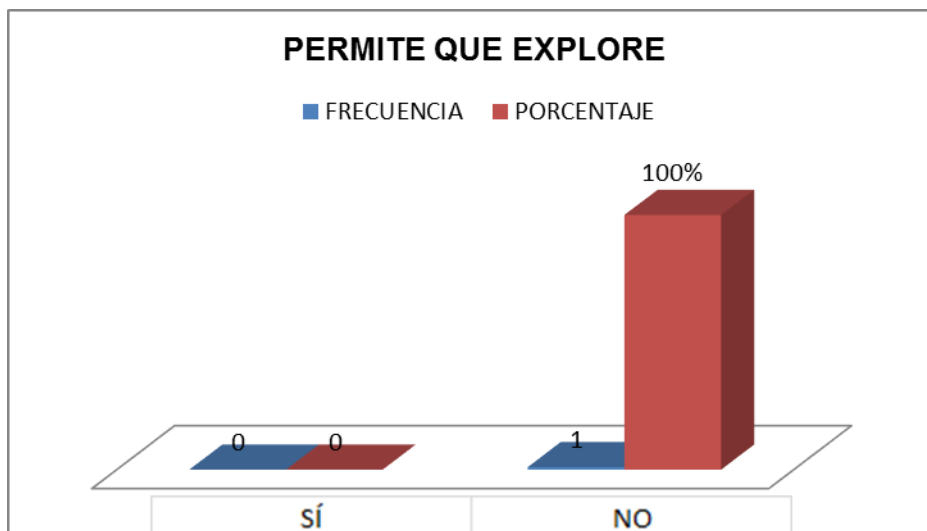
CUADRO N° 75

PERMITE QUE EL NIÑO EXPLORE POR SÍ MISMO EL CONSULTORIO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	1	100%
TOTAL	1	100%

⁷⁷ Gómez, B. (diciembre de 2009). Intervención odontológica en niños con autismo. *La desensibilización sistemática*. Recuperado de http://www.mydental4kids.com/descargas/pdfs/articulos_dra_martinez/autismo.pdf

GRÁFICO N° 75



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 75 revela que el odontólogo no permitió que el paciente explore el consultorio odontológico.

Dejar que el niño explore por sí mismo el lugar, dejando que vaya alejándose la inquietud por la situación de novedad y que el niño se vaya tranquilizando al disminuir los niveles de ansiedad⁷⁸ (Boj, 2011, pp. 140-144). Ver página 49.

Los datos indican que no exploró el niño el consultorio dental.

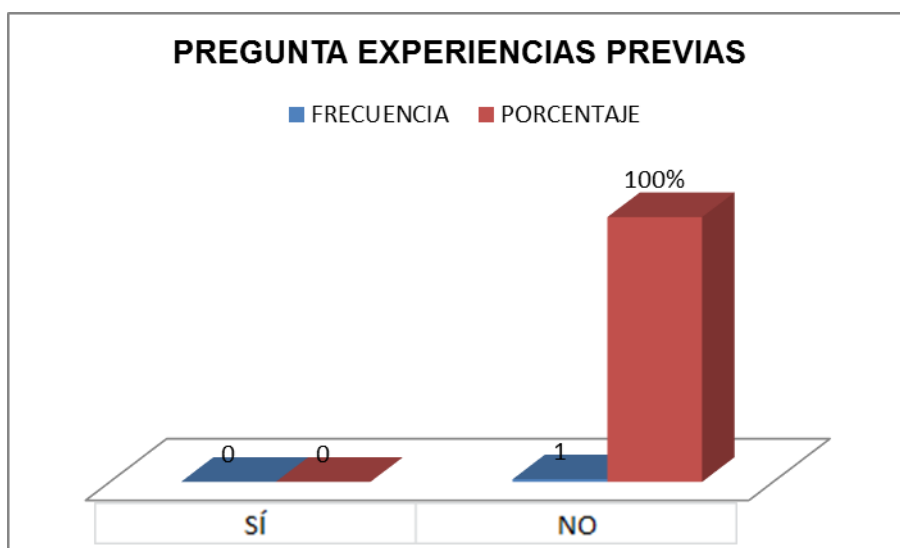
CUADRO N° 76

PREGUNTA SOBRE EXPERIENCIAS PREVIAS EN LA CONSULTA DENTAL

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	1	100%
TOTAL	1	100%

⁷⁸ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 76



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 76, indica que el 100% no preguntó a los padres del paciente autista sobre experiencias previas en la consulta dental.

Indagar sobre experiencias previas a la consulta dental⁷⁹ (Boj, 2011, pp. 140-144).

Ver página 49.

Se determinó por medio de la ficha de observación que el profesional no preguntó sobre experiencias previas en la consulta odontológica.

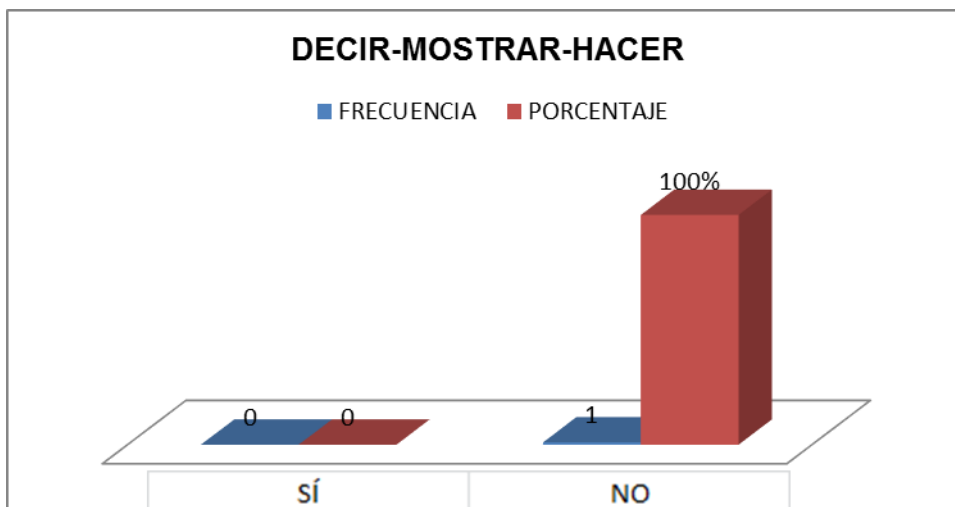
CUADRO N° 77

APLICA TÉCNICA DECIR-MOSTRAR-HACER

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	1	100%
TOTAL	1	100%

⁷⁹ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 77



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 77 indica que el odontólogo lo que representa el 100% no aplicó la técnica decir-mostrar-hacer en los pacientes autistas.

Técnicas de comunicación: decir-mostrar-hacer. Está prohibido el uso de la técnica mano sobre boca⁸⁰ (Boj, 2011, pp. 140-144). Ver página 50.

No se utilizó la técnica decir-mostrar-hacer.

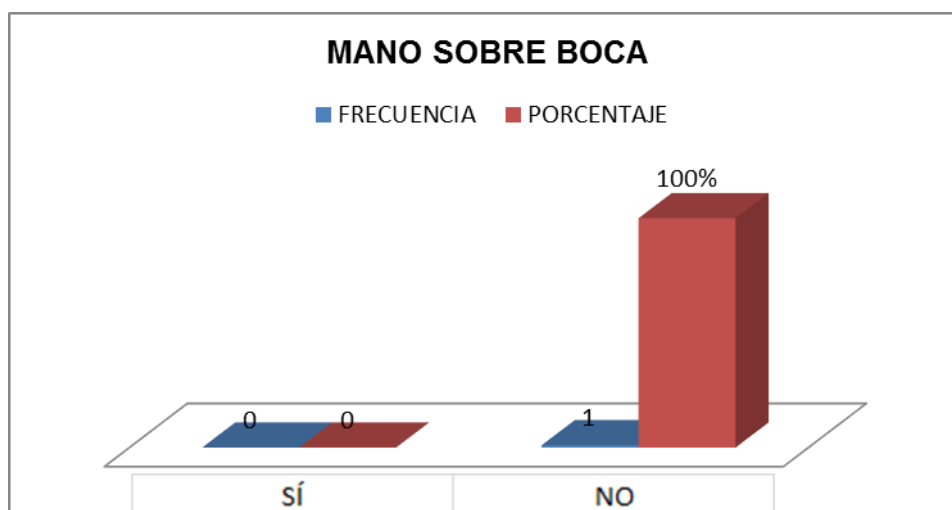
CUADRO N° 78

UTILIZA TÉCNICA MANO SOBRE BOCA

ALTERNATIVA	FRECUCENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	1	100%
TOTAL	1	100%

⁸⁰ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 78



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 78 refleja con el 100% que no se utilizó la técnica mano sobre boca en el paciente.

Técnicas de comunicación: decir-mostrar-hacer. Está prohibido el uso de la técnica mano sobre boca⁸¹ (Boj, 2011, pp. 140-144). Ver página 50.

Se determinó que no se utilizó la técnica mano sobre boca.

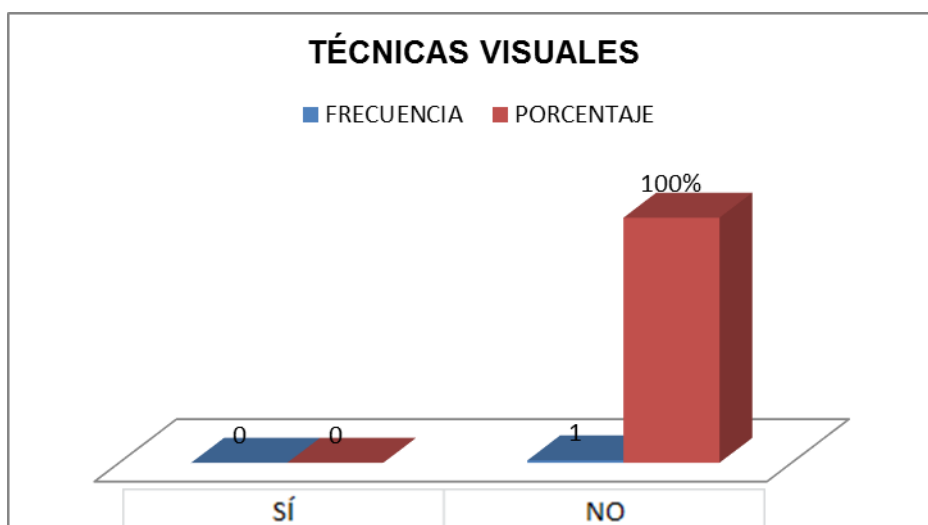
CUADRO N° 79

EMPLEA TÉCNICAS VISUALES

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	0	0%
NO	1	100%
TOTAL	1	100%

⁸¹ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 79



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N° 79 demuestra que el 100% no usó técnicas visuales para el paciente autista.

Las técnicas visuales deben ser específicas y representar en diversos pasos, instrucciones cortas y sencillas⁸² (Boj, 2011, pp. 140-144). Ver página 50.

Se determinó que en el consultorio dental no se empleó técnicas visuales.

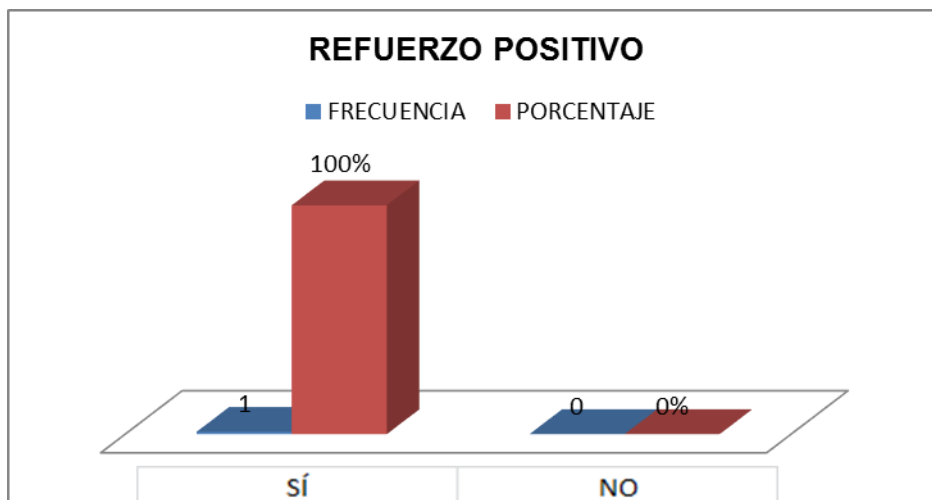
CUADRO N° 80

EJECUTA TÉCNICA DE REFUERZO POSITIVO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

⁸² Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 80



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 80 el 100% aplicó refuerzo positivo en el paciente autista.

Boj en su libro de Odontopediatría, menciona que se debe aplicar Refuerzo positivo o negativo⁸³ (2011, pp. 140-144). Ver página 50.

Por medio de la ficha de observación de determinó que se empleó refuerzo positivo en la consulta odontológica.

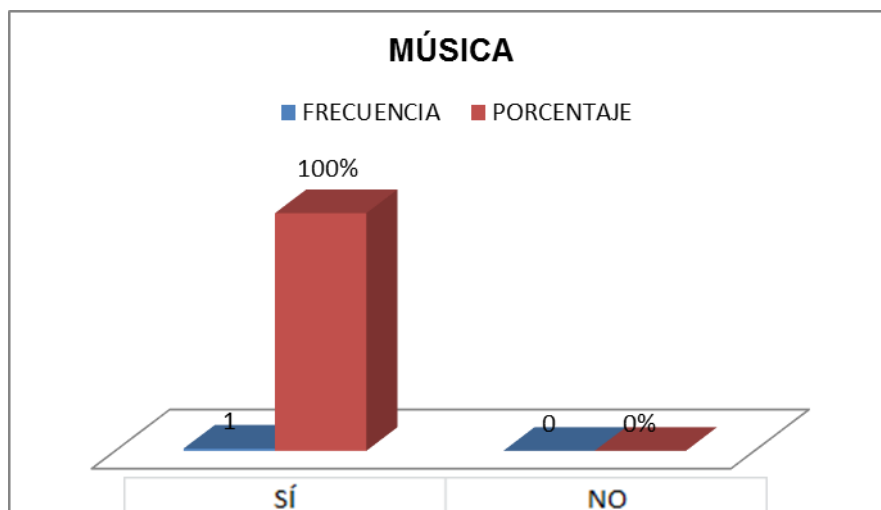
CUADRO N° 81

DISPONE DE MÚSICA EN EL CONSULTORIO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	100%
NO	0	0%
TOTAL	1	100%

GRÁFICO N° 81

⁸³ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro N°81 refleja que el 100% en el consultorio odontológico se dispuso de música.

La página web ciencias.es cita: Se recomienda el empleo de música para calmar los niveles de estrés⁸⁴. Ver página 50.

Se determinó que se utilizó música en el consultorio odontológico.

DISCAPACIDAD AUDITIVA

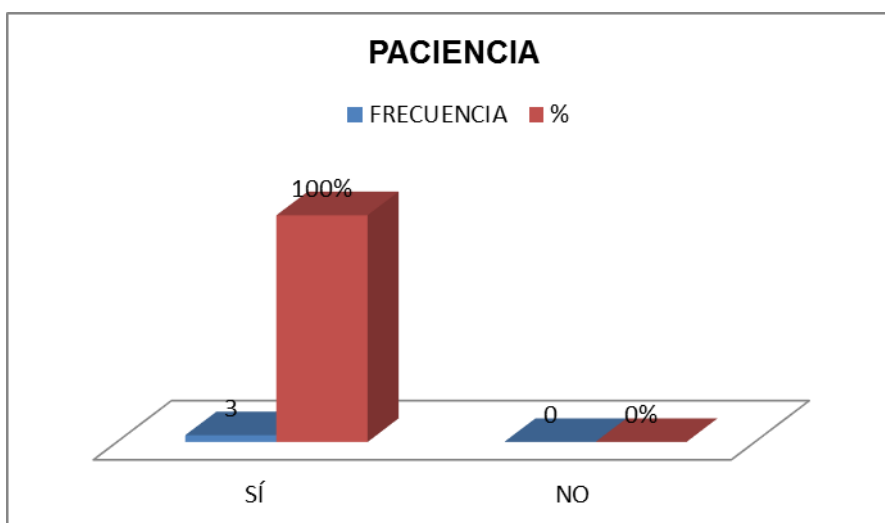
CUADRO N° 82

EL ODONTÓLOGO TIENE PACIENCIA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

⁸³ Ciencias.es. (17 de abril del 2012). *Musicoterapia, ¿funciona?* Recuperado de <http://www.ciencias.es/musicoterapia>

GRÁFICO N° 82



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 82 el 100% de los odontólogos tuvo paciencia con los pacientes que tiene discapacidad visual.

La página web odontología online con tema paciente discapacitado normas para su atención en odontología, menciona que: El manejo clínico debe estar lleno sobre todo de paciencia. En la mayoría de los casos el paciente acude a la consulta con un intérprete, en muchos casos este papel es desempeñado por los padres⁸⁵. Ver página 52.

Con los resultados obtenidos se determinó que los odontólogos tienen paciencia

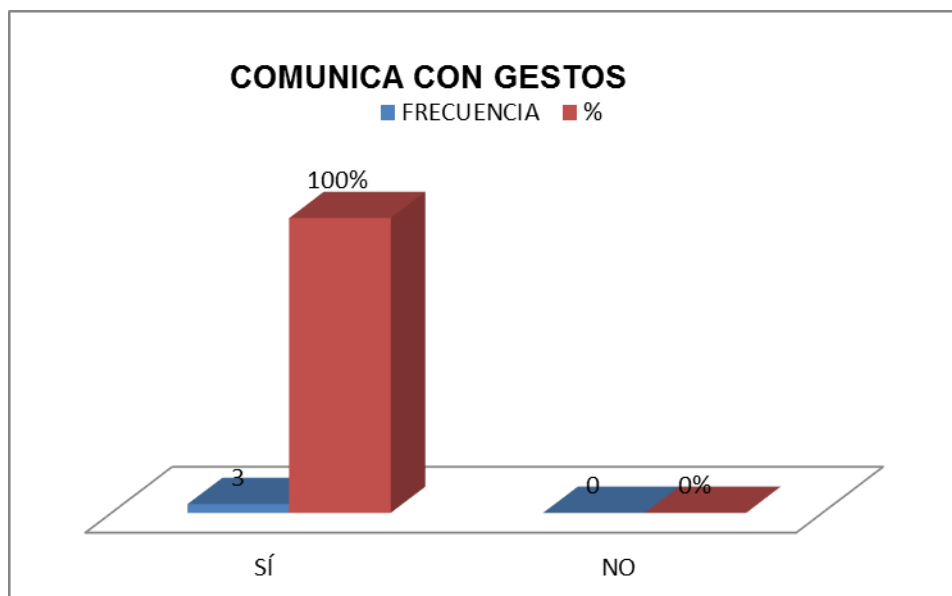
⁸⁵ Odontología online. (s.f.). *Paciente discapacitado normas para su atención en odontología*. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/pacientes-especiales/item/paciente-discapacitado-normas-para-su-atencion-en-odontologia.html>

CUADRO N° 83

COMUNICA EL ODONTÓLOGO SUS IDEAS MEDIANTE GESTOS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 83



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 83 el 100% de los odontólogos comunica sus ideas mediante gestos.

La comunicación visual es muy importante, no llevar puesta la mascarilla cuando se dirija al paciente para poder transmitir mayor amabilidad, se debe utilizar gestos en la comunicación, los tratamientos deben ser cortos explicándole al

paciente lo que se le hará, enseñándole los instrumentos, el personal del consultorio debe ser sensible a estos pacientes, evitando retrasos innecesarios, reduciendo los ruidos añadidos⁸⁶ (Boj, 2011, p. 646). Ver página 53.

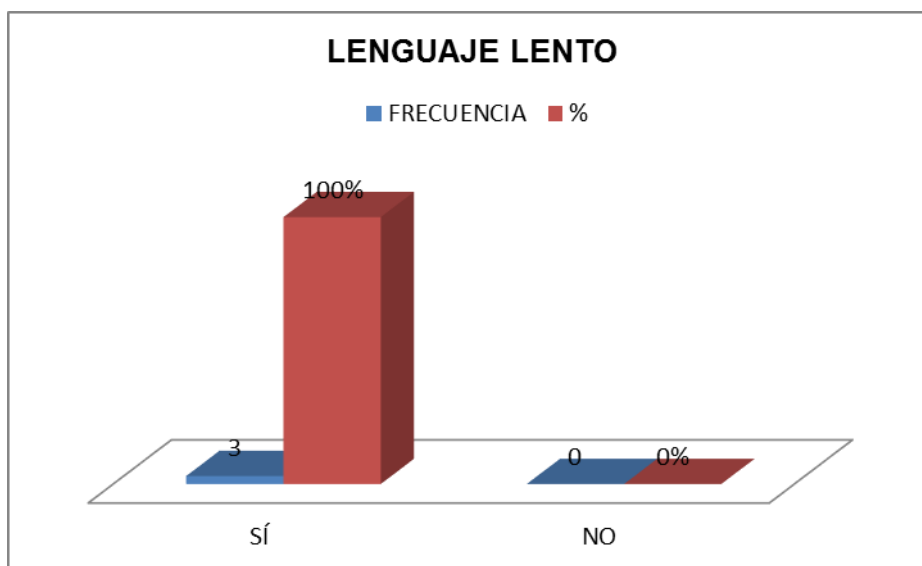
Con los resultados obtenidos se determinó que el odontólogo comunica sus ideas a los pacientes con discapacidad auditiva mediante gestos en un 100%

CUADRO N° 84

EMPLEAN UN LENGUAJE LENTO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 84



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁸⁶ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 84 el 100% de los odontólogos emplea un lenguaje lento en los pacientes con discapacidad auditiva.

La página web odontología online con tema paciente discapacitado normas para su atención en odontología, menciona que: el odontólogo y el auxiliar comunicarán sus ideas mediante gestos, expresiones faciales y formación lenta de la palabra, evitando así que el paciente se sienta aislado⁸⁷ . Ver página 52.

Se determinó que el 100% de odontólogos emplea un lenguaje lento cuando se comunica con los pacientes que tienen discapacidad auditiva.

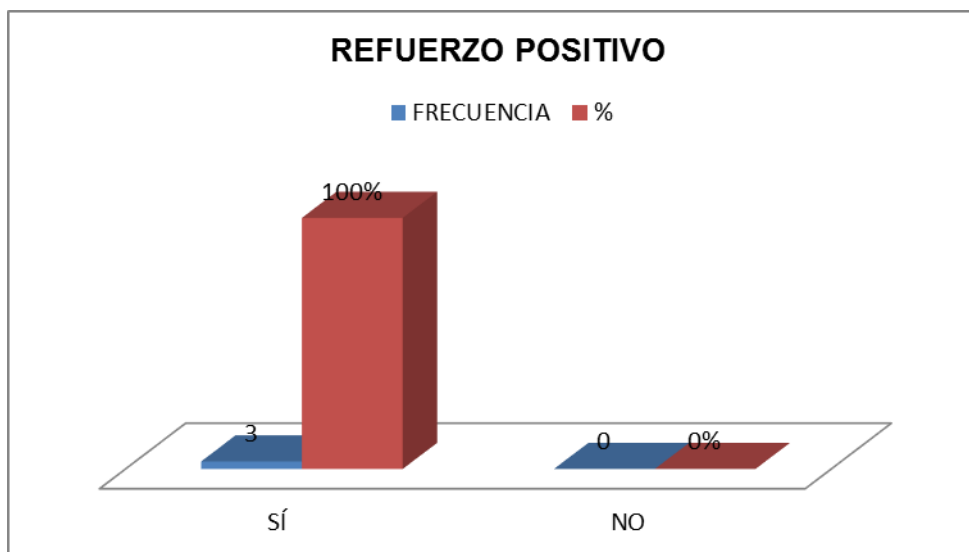
CUADRO N° 85

REFUERZO POSITIVO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

⁸⁷ Odontología online. (s.f.). *Paciente discapacitado normas para su atención en odontología*. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/pacientes-especiales/item/paciente-discapacitado-normas-para-su-atencion-en-odontologia.html>

GRÁFICO N° 85



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 85 el 100% de los odontólogos aplicó el refuerzo positivo en los pacientes con discapacidad auditiva.

La página web odontología online con tema paciente discapacitado normas para su atención en Odontología, menciona que: Una caricia o un apretón de manos constituyen un refuerzo positivo para el paciente, siendo para el sordo una forma importante de expresar agrado hacia él o alentarle a seguir adelante con el tratamiento⁸⁸. Ver página 53.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos aplican el refuerzo positivo en los pacientes con discapacidad auditiva.

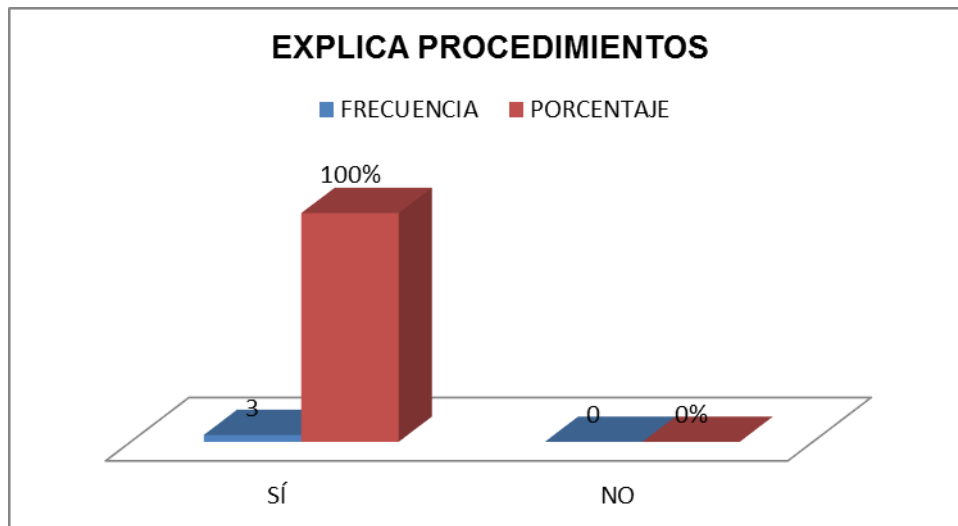
⁸⁸ Odontología online. (s.f.). *Paciente discapacitado normas para su atención en odontología*. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/pacientes-especiales/item/paciente-discapacitado-normas-para-su-atencion-en-odontologia.html>

CUADRO N° 86

EXPLICA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 86



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 86 el 100% de los odontólogos explica los procedimientos a los pacientes.

La comunicación visual es muy importante, no llevar puesta la mascarilla cuando se dirija al paciente para poder transmitir mayor amabilidad, se debe utilizar gestos en la comunicación, los tratamientos deben ser cortos explicándole al paciente lo que se le hará, enseñándole los instrumentos, el personal del

consultorio debe ser sensible a estos pacientes, evitando retrasos innecesarios, reduciendo los ruidos añadidos⁸⁹ (Boj, 2011, p. 646). Ver página 53.

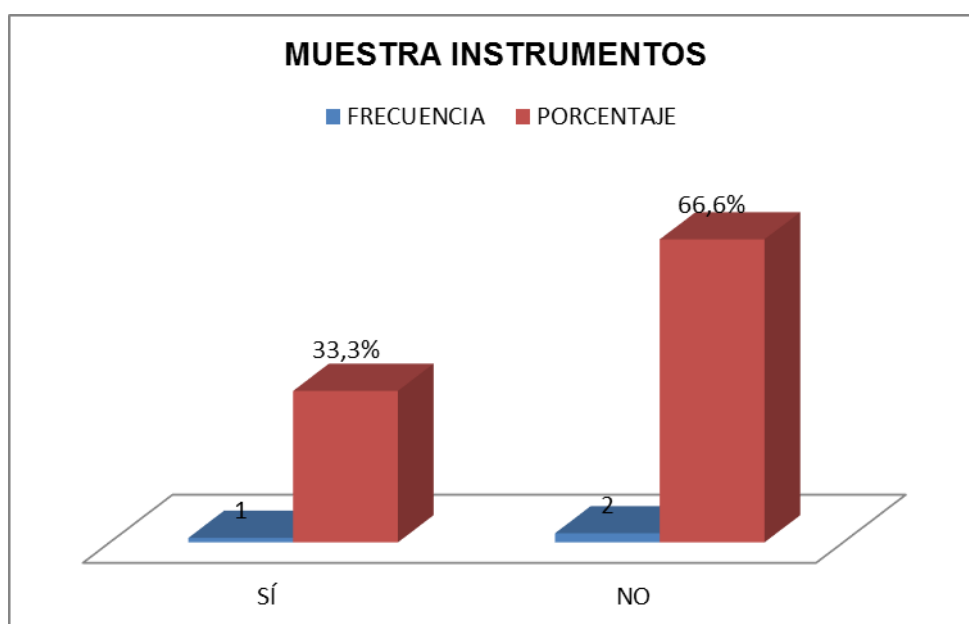
Se determinó que el 100% de los odontólogos explica los procedimientos a los pacientes con discapacidad auditiva.

CUADRO N° 87

MUESTRA LOS INSTRUMENTOS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	33,3%
NO	2	66,6%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 87



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁸⁹ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 87 el 33,3% de los odontólogos muestra los instrumentos, mientras que el 66,6% no lo hace.

La comunicación visual es muy importante, no llevar puesta la mascarilla cuando se dirija al paciente para poder transmitir mayor amabilidad, se debe utilizar gestos en la comunicación, los tratamientos deben ser cortos explicándole al paciente lo que se le hará, enseñándole los instrumentos, el personal del consultorio debe ser sensible a estos pacientes, evitando retrasos innecesarios, reduciendo los ruidos añadidos⁹⁰ (Boj, 2011, p. 646). Ver página 53.

Se determinó que el 66,6% de los odontólogos no muestra los instrumentos a los pacientes con discapacidad auditiva.

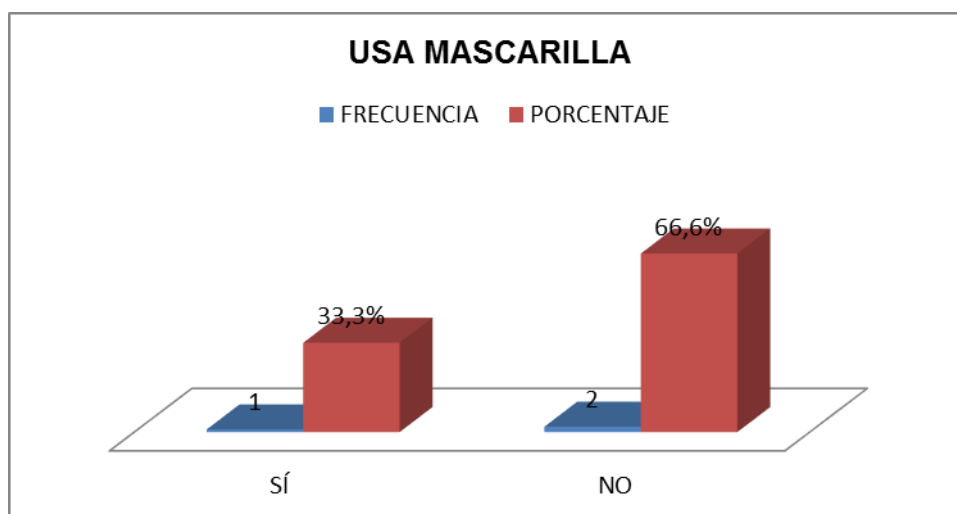
CUADRO N° 88

USA MASCARILLA CUANDO DA EXPLICACIONES AL PACIENTE

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	1	33,3%
NO	2	66,6%
TOTAL	3	100%

⁹⁰ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 88



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 88 el 33,3% de los odontólogos usó mascarilla cuando dio explicaciones al paciente, mientras que el 66,6% no usó mascarilla al hablar con el paciente.

La comunicación visual es muy importante, no llevar puesta la mascarilla cuando se dirija al paciente para poder transmitir mayor amabilidad, se debe utilizar gestos en la comunicación, los tratamientos deben ser cortos explicándole al paciente lo que se le hará, enseñándole los instrumentos, el personal del consultorio debe ser sensible a estos pacientes, evitando retrasos innecesarios, reduciendo los ruidos añadidos⁹¹ (Boj, 2011, p. 646). Ver página 53.

Con los datos obtenidos se determinó que el 66,6% de los odontólogos no utilizó mascarillas al dar explicaciones al paciente con discapacidad auditiva.

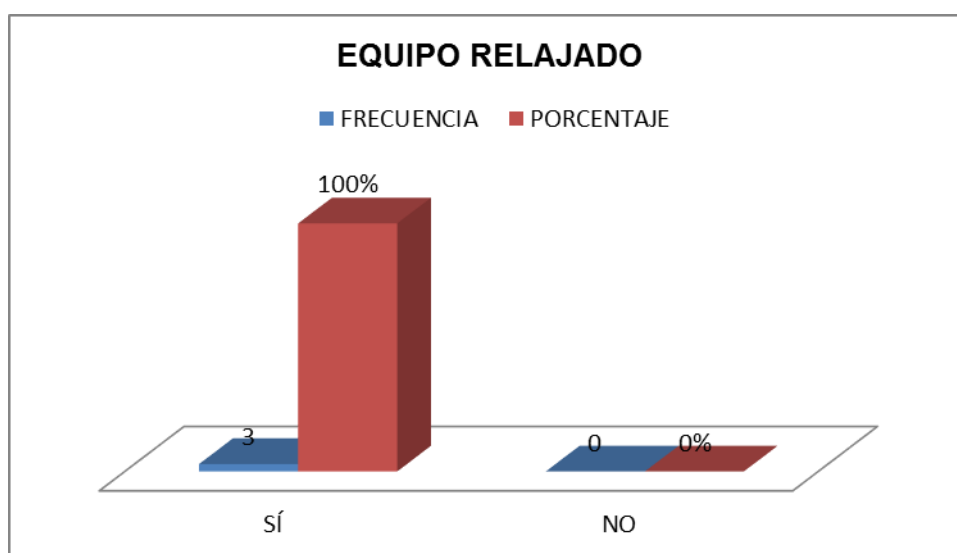
⁹¹ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

CUADRO N° 89

EQUIPO DE SALUD RELAJADO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 89



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 89 el 100% del equipo de salud se mostró relajado.

La página web odontología online paciente discapacitado normas para su atención en Odontología, menciona que: El lenguaje corporal y la expresión facial juegan un papel muy importante en la comunicación con el paciente sordo. Es de particular relevancia que durante su estancia en la consulta dental el paciente

sordo sienta que los miembros del equipo de salud trabajan con calma, están relajados y le tratan con tacto y de forma amistosa⁹² . Ver página 53.

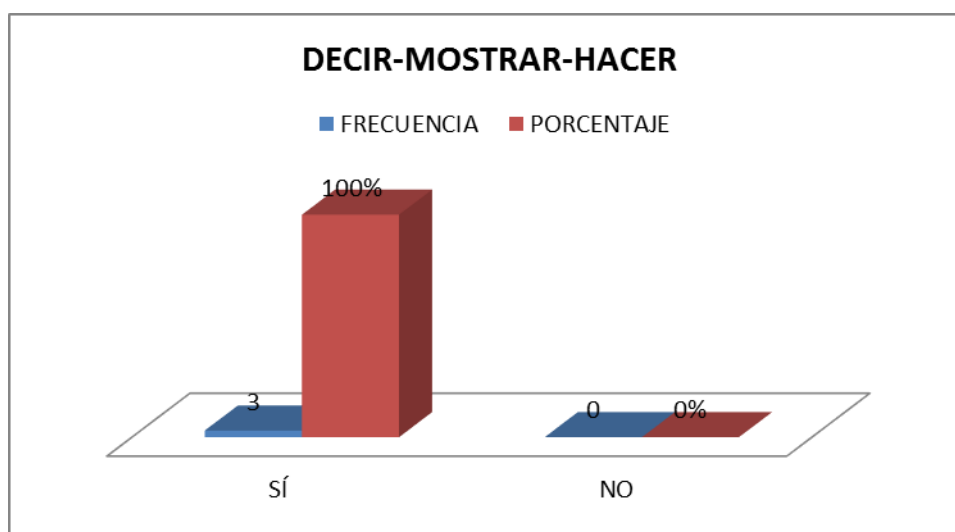
Con los resultados obtenidos se determinó que el 100%del equipo de salud se mostró relajado durante la atención al paciente con discapacidad auditiva.

CUADRO N° 90

APLICA LA TÉCNICA: DECIR-MOSTRAR-HACER

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

GRÁFICO N° 90



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁹² Odontología online. (s.f.). *Paciente discapacitado normas para su atención en odontología*. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/pacientes-especiales/item/paciente-discapacitado-normas-para-su-atencion-en-odontologia.html>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 90 el 100% de los odontólogos aplicó la técnica decir-mostrar-hacer.

La página web Manejo estomatológico del niño con hipoacusia, menciona que: La técnica decir-mostrar-hacer que en caso de infantes cambia a decir-mostrar-tocar o decir-mostrar-gustar y que se refiere a que estos pequeños quieren tocar todo. Es importante darles a oler algunos materiales como la pasta profiláctica, el flúor⁹³. Ver página 54.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 100% de los odontólogos que atendieron a pacientes con discapacidad auditiva aplicaron la técnica decir-mostrar-hacer.

DISCAPACIDAD VISUAL

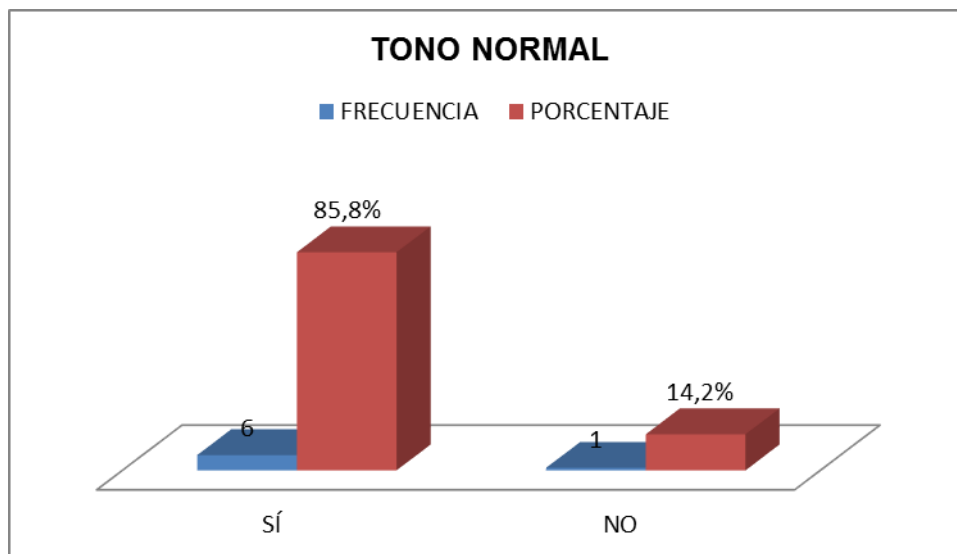
CUADRO N° 91

SE DIRIGE EN UN TONO DE VOZ NORMAL

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	6	85,8%
NO	1	14,2%
TOTAL	7	100%

⁹³ Manejo estomatológico del niño con hipoacusia. (s.f.). Recuperado de http://www.cultura-sorda.eu/resources/Madrigal_Martinez_Teja_Canto_Manejo_estomatologico_nino_sordo_hipoacusia.pdf

GRÁFICO N° 91



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 91 el 85,8% de los odontólogos se dirige en un tono de voz normal con el paciente con discapacidad visual, mientras que el 14,2% no lo hacen.

La página web de la Universidad Complutense de Madrid con tema de publicación Discapacidad visual, menciona que: Para hablar con las personas con discapacidad visual (ciegos totales o con resto visual), hay que hacerlo en un tono normal dirigiendo la mirada hacia su rostro⁹⁴. Ver página 50.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 85,8% de los odontólogos se dirige en un tono de voz normal al paciente con discapacidad visual.

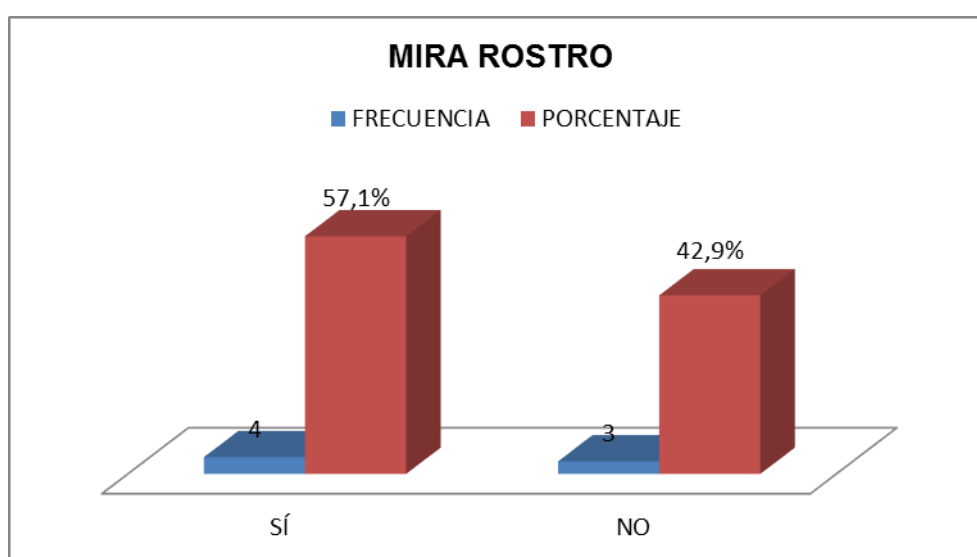
⁹⁴ Universidad Complutense de Madrid. (s.f.). *Discapacidad visual*. Recuperado de <http://www.ucm.es/?a=directorio/oipd&d=0002271>

CUADRO N° 92

DIRIGE LA MIRADA HACIA EL ROSTRO DEL PACIENTE

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	4	57,1%
NO	3	42,9%
TOTAL	7	100%

GRÁFICO N° 92



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 92 el 57,1% de los odontólogos dirige la mirada hacia el rostro del paciente, mientras que el 42,9% no lo hace.

La página web de la Universidad Complutense de Madrid con tema de publicación Discapacidad visual, menciona que: Para hablar con las personas con

discapacidad visual (ciegos totales o con resto visual), hay que hacerlo en un tono normal dirigiendo la mirada hacia su rostro⁹⁵. Ver página 50.

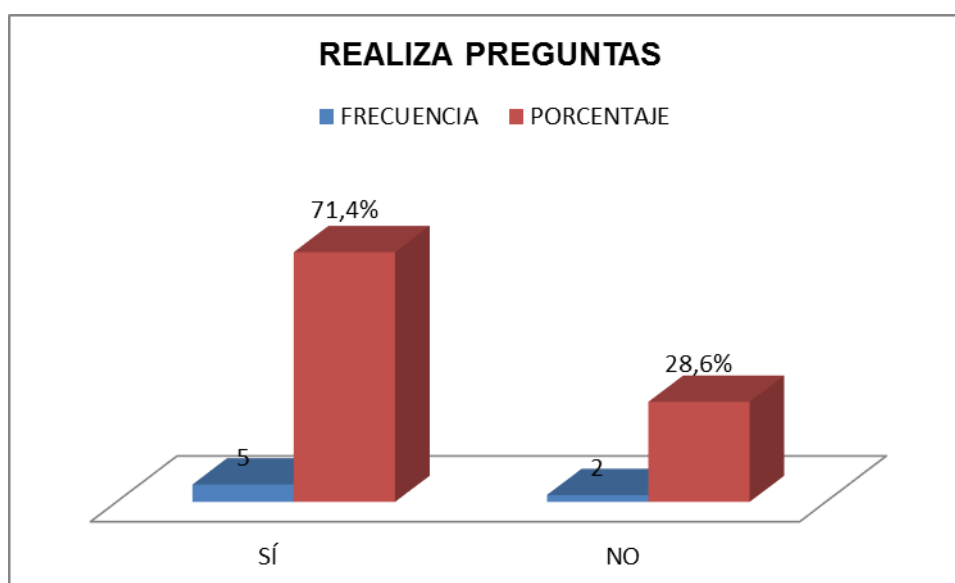
Con los resultados obtenidos se determinó que el 57,1% de los odontólogos dirige su mirada hacia el rostro del paciente con discapacidad visual.

CUADRO N° 93

REALIZA PREGUNTAS AL PACIENTE

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	5	71,4%
NO	2	28,6%
TOTAL	7	100%

GRÁFICO N° 93



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁹⁵ Universidad Complutense de Madrid. (s.f.). *Discapacidad visual*. Recuperado de <http://www.ucm.es/?a=directorio/oipd&d=0002271>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 93 el 71,4% de los odontólogos realizó preguntas al paciente, mientras que el 28,6% no lo hizo.

La página web Universidad Complutense de Madrid con tema de publicación Discapacidad Visual, menciona que: Si la persona va acompañada, siempre hay que dirigirse a ella, no al acompañante⁹⁶ . Ver página 50.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 71,4% de los odontólogos, al dar explicaciones se dirige al paciente y no a su acompañante.

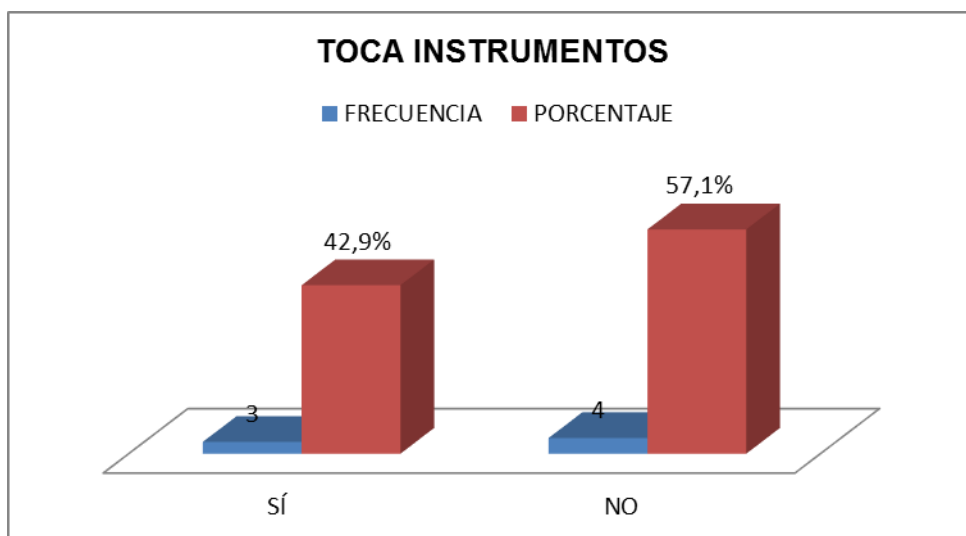
CUADRO N° 94

PERMITE QUE EL PACIENTE TOQUE LOS INSTRUMENTOS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	42,9%
NO	4	57,1%
TOTAL	7	100%

⁹⁶ Universidad complutense de Madrid. (s.f.). *Discapacidad visual*. Recuperado de <http://www.ucm.es/?a=directorio/oipd&d=0002271>

GRÁFICO N° 94



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 94 el 42,9% de los odontólogos permite que el paciente toque los instrumentos, mientras que el 57,1% no lo hizo.

En el tratamiento odontológico se debe potenciar los sentidos del tacto y del oído; dejar que toquen los instrumentos y oigan el ruido que producen, explicar sobre los sabores de anestésicos, colutorios y demás productos de uso odontológico⁹⁷ (Boj, 2011, pp. 645-646). Ver página 51.

Según los resultados obtenidos se determinó que el 57,1% de los odontólogos no permite que el paciente con discapacidad visual toque los instrumentos.

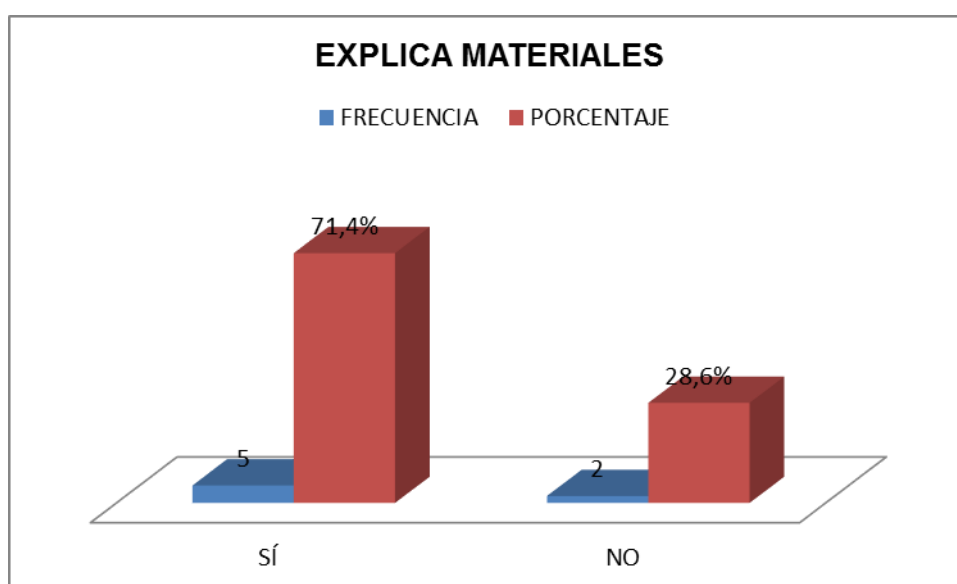
⁹⁷ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

CUADRO N° 95

EXPLICA SOBRE LOS SABORES DE MATERIALES COMO ANESTÉSICOS Y COLUTORIOS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	5	71,4%
NO	2	28,6%
TOTAL	7	100%

GRÁFICO 95



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 95 el 100% de los odontólogos explica sobre los sabores de materiales como anestésicos y colutorios.

En el tratamiento odontológico se debe potenciar los sentidos del tacto y del oído; dejar que toquen los instrumentos y oigan el ruido que producen, explicar sobre

los sabores de anestésicos, colutorios y demás productos de uso odontológico⁹⁸ (Boj, 2011, pp. 645-646). Ver página 51.

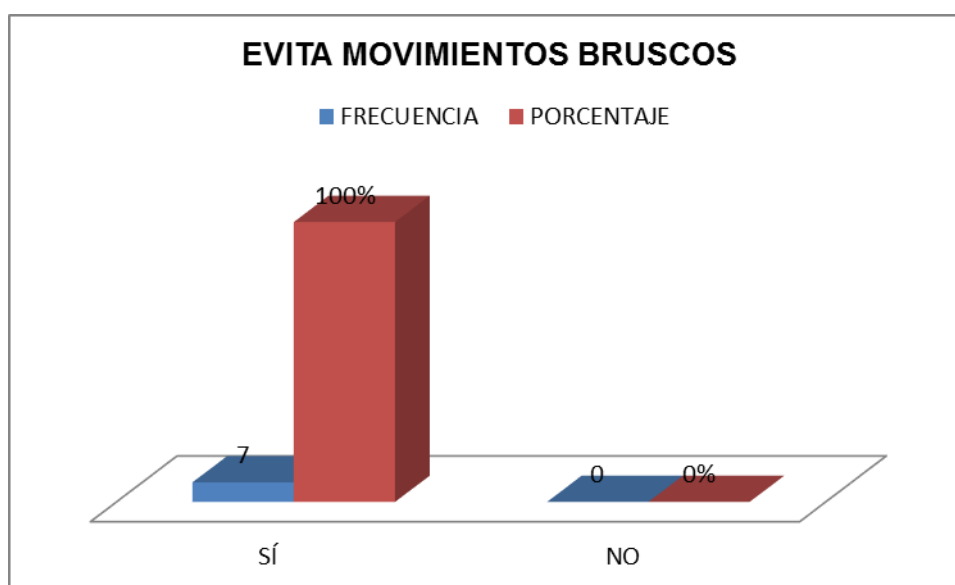
Se determinó que el 100% de los odontólogos explica sobre los sabores de los materiales de uso odontológico a los pacientes con discapacidad visual.

CUADRO N° 96

EVITA MOVIMIENTOS BRUSCOS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	7	100%
NO	0	0%
TOTAL	7	100%

GRÁFICO N° 96



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.

Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 96 el 100% de los odontólogos evitó movimientos bruscos.

⁹⁸ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

La técnica de manejo de conducta será de decir-tocar u oler- hacer y los tratamientos deben realizarse de forma ordenada, evitando los movimientos bruscos, informando anticipadamente de cuál será el próximo paso y lo que percibirá⁹⁹ (Boj, 2011, pp. 645-646). Ver página 51.

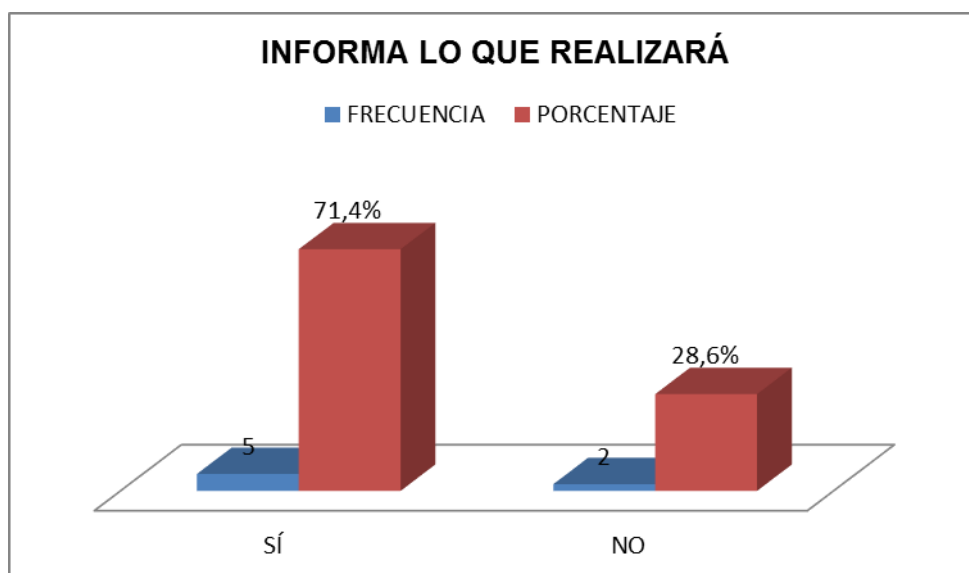
Se determinó que el 100% de los odontólogos evitó movimientos bruscos durante el tratamiento odontológico realizado a pacientes con discapacidad visual.

CUADRO N° 97

INFORMA ANTICIPADAMENTE LO QUE LE VA A REALIZAR AL PACIENTE

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	5	71,4%
NO	2	28,6%
TOTAL	7	100%

GRÁFICO N° 97



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

⁹⁹ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 97 el 71,4% de los odontólogos informó al paciente lo que le iba a realizar, mientras que el 28,6% no lo hizo.

La técnica de manejo de conducta será de decir-tocar u oler- hacer y los tratamientos deben realizarse de forma ordenada, evitando los movimientos bruscos, informando anticipadamente de cuál será el próximo paso y lo que percibirá¹⁰⁰ (Boj, 2011, pp. 645-646). Ver página 51.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 71,4% de los odontólogos informó al paciente con discapacidad visual sobre el tratamiento que iba a realizar.

FICHAS DE OBSERVACIÓN PARA TODAS LAS DISCAPACIDADES

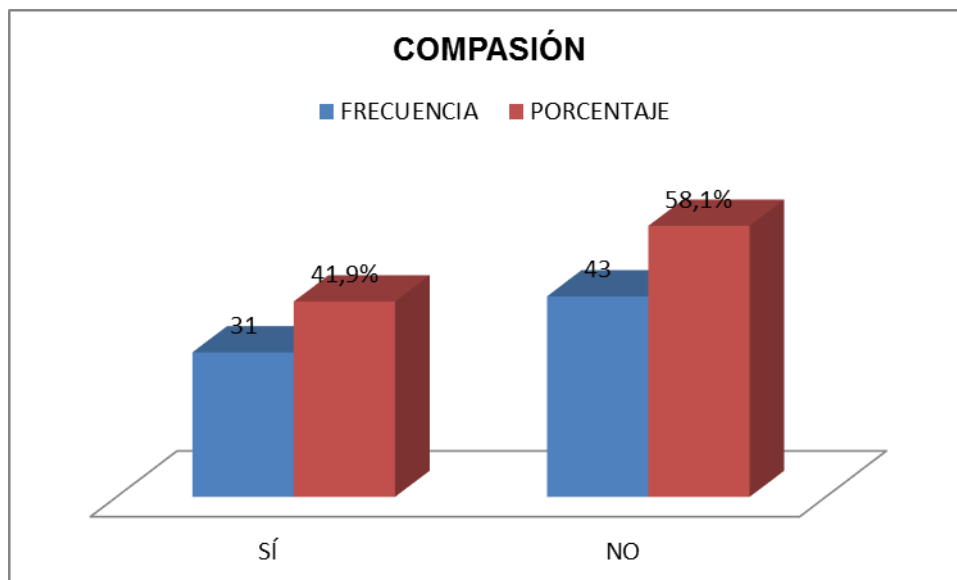
CUADRO N° 98

DEMUESTRA EL ODONTÓLOGO COMPASIÓN POR EL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	31	41,9%
NO	43	58,1%
TOTAL	74	100%

¹⁰⁰ Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 98



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 98 el 41,9% de los odontólogos mostró compasión por los pacientes con discapacidad, mientras que el 58,1% no mostró compasión a los pacientes.

No se debe sentir lastima, compasión u otro sentimiento de ese tipo y, en cambio, sí estimular y vencer las barreras, trabajando con el presente, anhelando la calidad de un futuro mejor¹⁰¹ (Elías, 2008, pp. 123-124, 129). Ver página 14.

Con los datos obtenidos se determinó que el 58,1% de los odontólogos no siente compasión por los pacientes con discapacidad que acuden a la consulta odontológica.

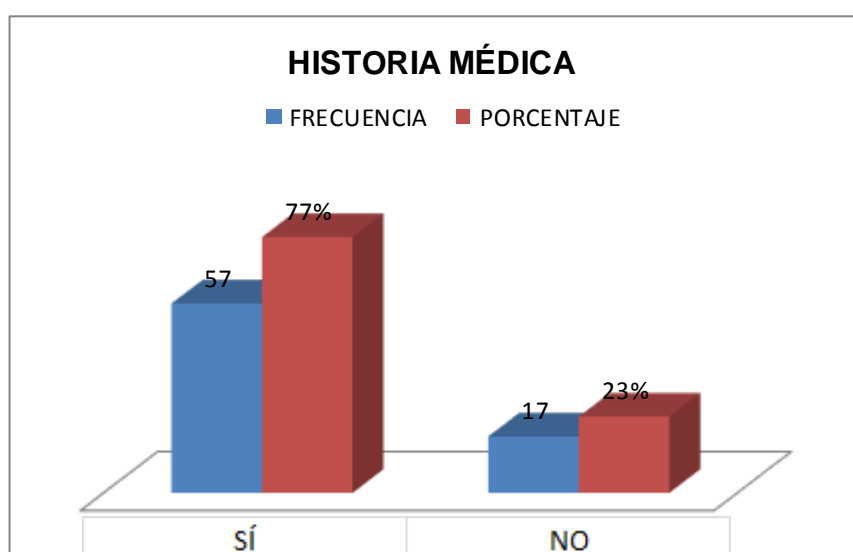
¹⁰¹ Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano

CUADRO N° 99

REVISA LA HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	57	77%
NO	17	23%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N° 99



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 99 el 77% de los odontólogos revisó la historia clínica de los pacientes, mientras que el 23% de ellos no lo hace.

En la consulta odontológica “es importante revisar la historia clínica del paciente y la evaluación realizada por el médico en caso de presentarse alguna duda”¹⁰² (López, 2008, p. 460). Ver página 13.

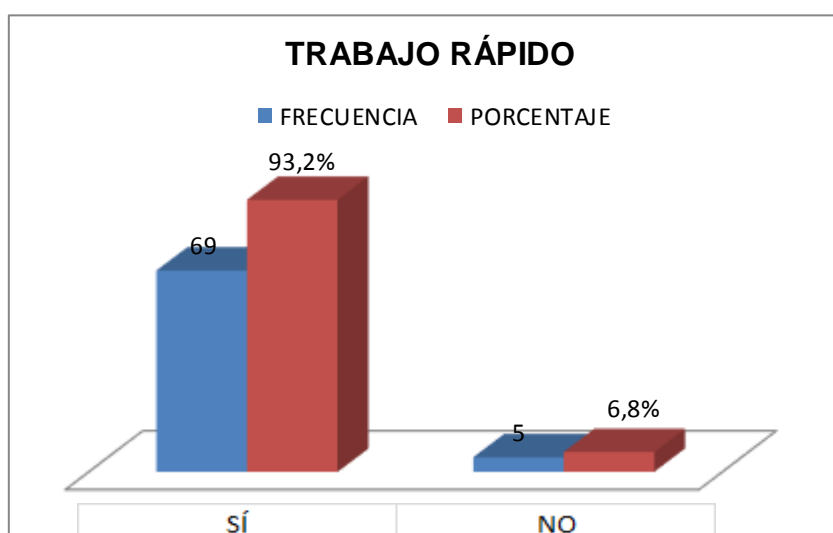
Con los datos obtenidos se determinó que el 77% de los odontólogos revisa la historia clínica de los pacientes con discapacidad que acuden a la consulta odontológica.

CUADRO N° 100

EJECUTA TRABAJO RÁPIDO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	69	93,2%
NO	5	6,8%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N° 100



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

¹⁰² López, J. (2008). *Fisiología clínica del ejercicio*. Buenos Aires, Argentina: Editorial panamericana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 100 el 93,2% de los odontólogos ejecuta trabajos rápidos, mientras que el 6,8 no realizó trabajos rápidos.

Se requiere preparación especial del odontólogo y de su equipo para la atención en este tipo de pacientes. El profesional que trata con paciente discapacitados debe entrenarse y organizarse de forma de ejecutar trabajos rápidos, creando las condiciones para que el tratamiento odontológico sea realizado dentro de los patrones de calidad preestablecidos. Adecuar una técnica a la necesidad y a la cooperación del paciente, no significa practicar mala odontología¹⁰³ (Elías, 2008, p. 126). Ver página 15.

Se determinó que el 93,2% de los odontólogos ejecuta trabajos rápidos cuando atiende a un paciente con discapacidad.

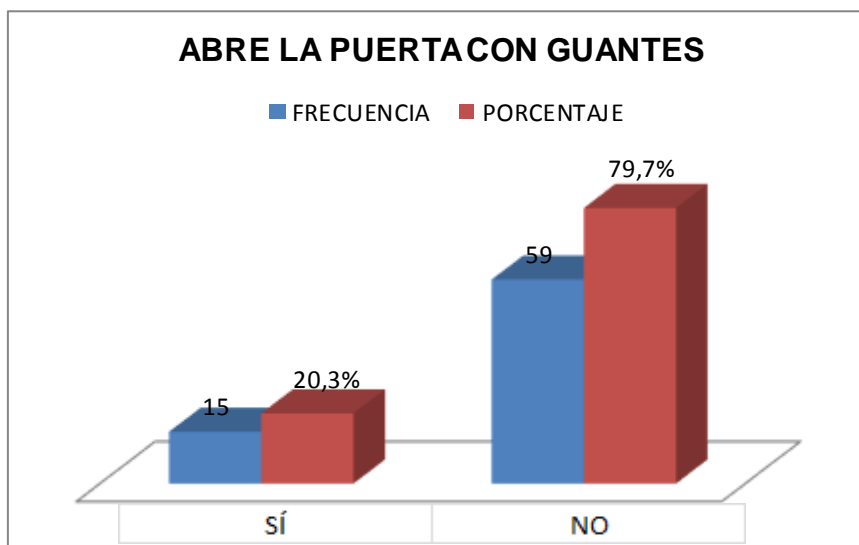
CUADRO N° 101

AL ABRIR LA PUERTA AL PACIENTE EL PROFESIONAL USA GUANTES

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	15	20,3%
NO	59	79,7%
TOTAL	74	100%

¹⁰³ Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 101



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 101 el 20,3% de los odontólogos usó guantes al abrir la puerta al paciente, mientras que el 79,7% abrió la puerta al paciente con discapacidad sin utilizar guantes.

Al abrir la puerta y hacer pasar al paciente, se debe acudir sin guantes ni mascarillas para no crear una barrera física, saludar de una manera cordial y siempre con una sonrisa¹⁰⁴ (Moya et al., 2009, pp. 14-19). Ver página 54-55.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 79,7% de los odontólogos no acuden a abrir la puerta al paciente utilizando guantes.

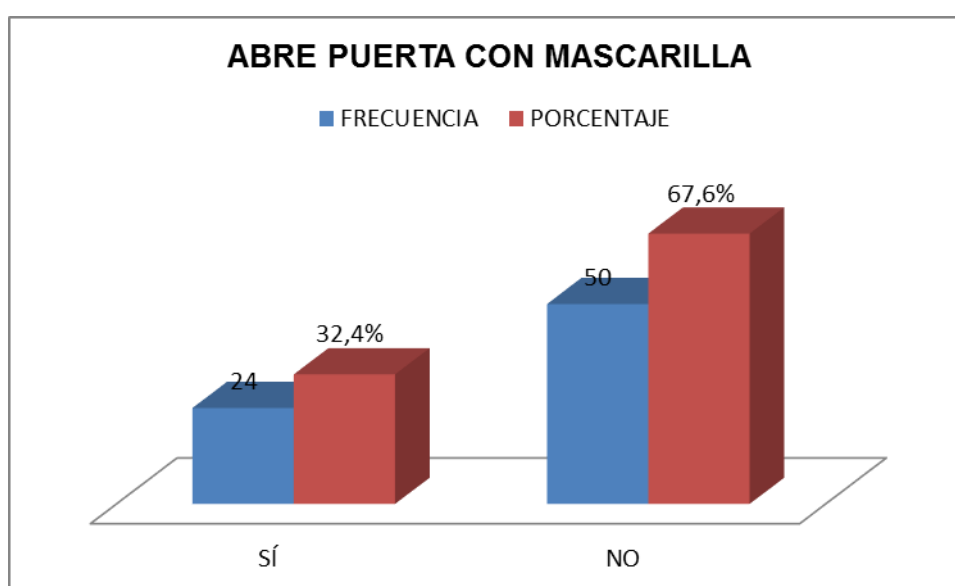
¹⁰⁴ Moya, M., Pinzón, M., y Florero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*: Royce Editores.

CUADRO N° 102

AL ABRIR LA PUERTA AL PACIENTE EL OPERADOR USA MASCARILLA

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	24	32,4%
NO	50	67,6%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N° 102



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 102 el 32,4% de los odontólogos acude a abrir la puerta al paciente utilizando mascarilla, mientras que el 67,6% no la utiliza.

Al abrir la puerta y hacer pasar al paciente, se debe acudir sin guantes ni mascarillas para no crear una barrera física, saludar de una manera cordial y siempre con una sonrisa¹⁰⁵ (Moya et al., 2009, pp. 14-19). Ver página 54-55.

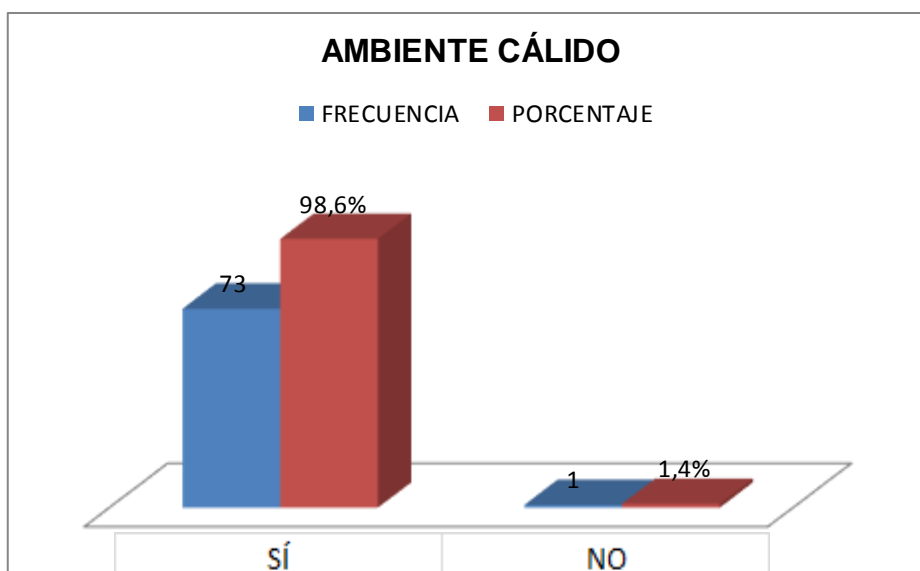
Con los resultados obtenidos se determinó que el 67,6% de los odontólogos no acuden a abrir la puerta al paciente utilizando mascarilla.

CUADRO N° 103

CONSULTORIO ODONTOLÓGICO CON AMBIENTE CÁLIDO (COMPRENSIÓN Y PACIENCIA)

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	73	98,6%
NO	1	1,4%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N° 103



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

¹⁰⁵ Moya, M., Pinzón, M., y Florero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*: Royce Editores.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 103 el 98,6% de los odontólogos hizo sentir al paciente en un ambiente cálido, mientras que el 1,4% no lo hizo.

En la atención a los pacientes con discapacidad de acuerdo con el tipo de discapacidad (ciegos, sordos, minusválidos, retrasados mentales, etc.), se debe tratar al paciente siempre con la colaboración del acompañante, pero con un ambiente todavía de mayor calidez, comprensión y paciencia; por tanto, es importante que el auxiliar programe para estas personas, citas más largas de lo normal para brindarles todo el tiempo la atención que merecen¹⁰⁶ (Moya et al., pp. 14-19). Ver página 55.

Con los datos obtenidos se determinó que el 98,6% de los odontólogos fue cordial, ya que tuvo paciencia y comprensión con el paciente discapacitado.

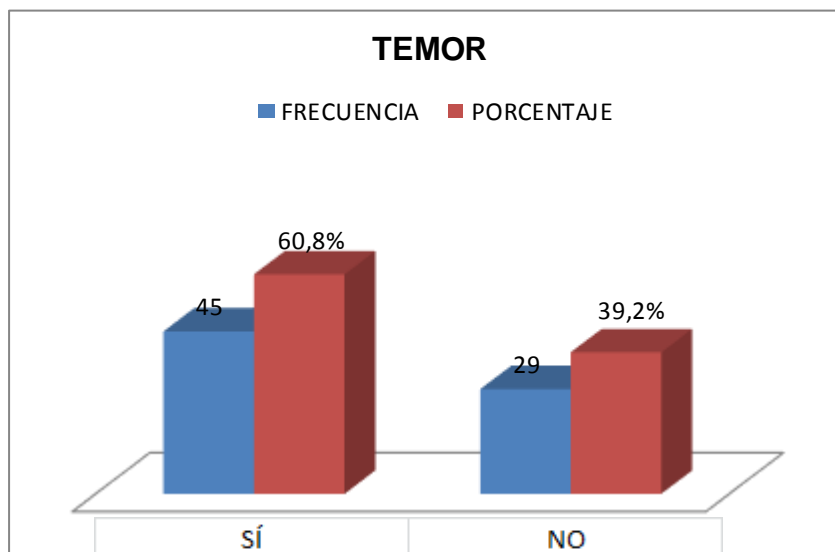
CUADRO N° 104

EL PACIENTE PRESENTA TEMOR

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	45	60,8%
NO	29	39,2%
TOTAL	74	100%

¹⁰⁶ Moya, M., Pinzón, M., y Florero, D. (2009). *Manual de odontología básica integrada*: Royce Editores.

GRÁFICO N° 104



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 104 el 60,8% de los pacientes presentó temor, mientras que el 39,2% no manifestó temor.

Según Barrancos el miedo al odontólogo es:

Miedo al profesional, al poder que posee sobre los pacientes cuando están indefensos sentados en el sillón dental. Miedo a que haga cosas que las personas no consienten que se les hagan. En estos casos, el profesional puede hablar con el paciente para disipar muchas dudas, preguntándole a qué le teme y discutirlo antes de comenzar el tratamiento¹⁰⁷ (Barrancos, 2008, p. 98). Ver página 62.

Con los datos obtenidos se determinó que el 60,8% de los pacientes con discapacidad que acudieron a la consulta odontológica sintieron temor, posiblemente por lo desconocido o por malas experiencias.

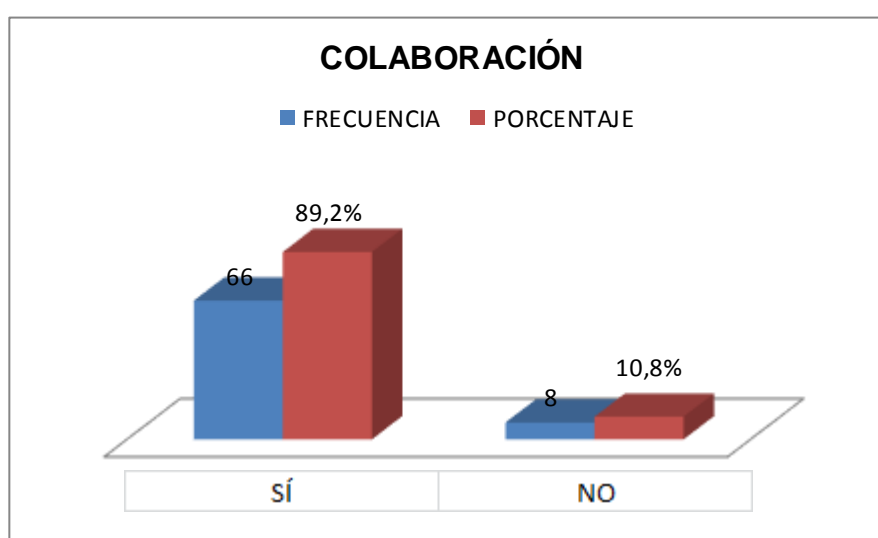
¹⁰⁷ Barrancos, M., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

CUADRO N° 105

COLABORA EL PACIENTE EN LA CONSULTA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	66	89,2%
NO	8	10,8%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N° 105



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 105 el 89,2% de los pacientes colaboró, mientras que el 10,8% no lo hizo.

Jiménez, en su libro Odontopediatría en atención primaria, menciona que: **Colaborador**. Paciente que pasa por la consulta sin dejar huella, abre la boca, se

le trata y se va. No da ningún problema en la atención¹⁰⁸ (2012, pp. 28-31). Ver página 65.

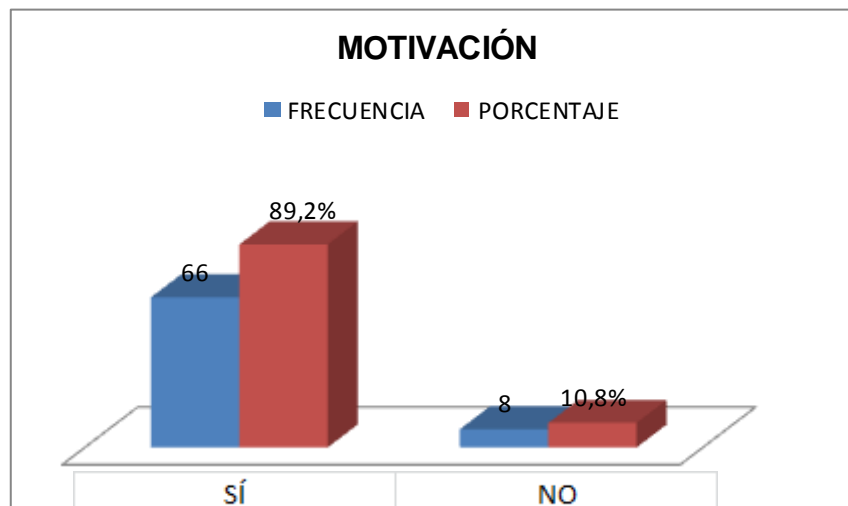
Según los datos obtenidos se determinó que el 89,2% de los pacientes con discapacidad, colaboró durante su atención odontológica.

CUADRO N° 106

MOTIVA EL OPERADOR AL PACIENTE

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	66	89,2%
NO	8	10,8%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N° 106



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

¹⁰⁸ Jiménez, M. (2012). *Odontopediatría en atención primaria*. España: Vértice.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 106 el 89,2% de los odontólogos motivó a los pacientes, mientras que el 10,8% no lo hizo.

Se busca que tanto el paciente con sus padres desarrollen un actitud positiva y se motiven para regresar a los controles preventivos futuros. Un buen manejo y una buena motivación pueden servir como ayuda eficaz de prevención¹⁰⁹ (Bordoni et al., 2010, pp. 89-93). Ver página 69.

Con los datos obtenidos se determinó que el 89,2% de los odontólogos sí motivó a los pacientes con discapacidad para acudan continuamente a la consulta odontológica.

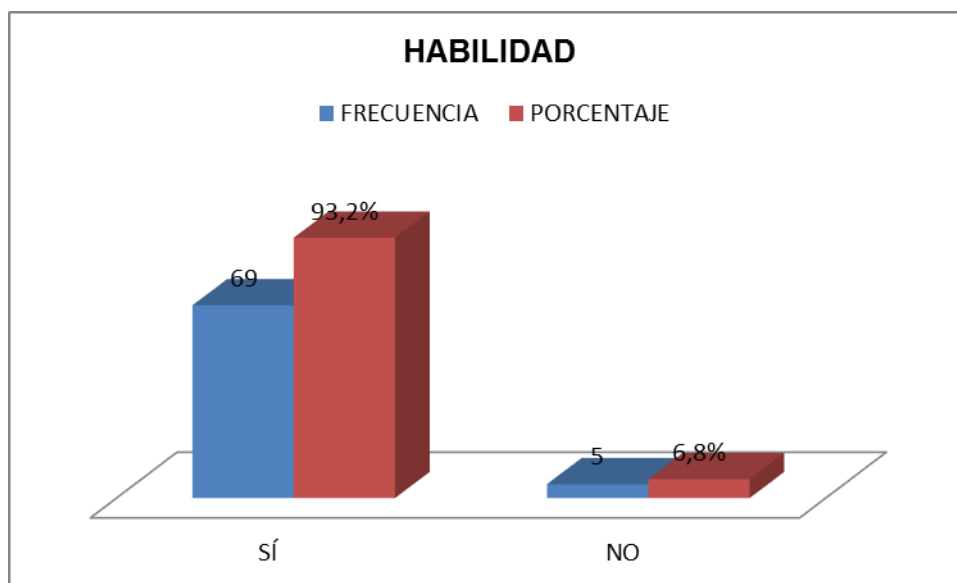
CUADRO N° 107

TIENE HABILIDAD EL ODONTÓLOGO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	69	93,20%
NO	5	6,80%
TOTAL	74	100%

¹⁰⁹ Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

GRÁFICO N° 107



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 107 el 93,2% de los odontólogos tuvo habilidad, mientras que el 6,8% no tuvo habilidad.

La habilidad clínica del odontólogo es también de sumo valor, y entre los aspectos que deben tenerse en cuenta están: uso y aplicación correcta de la anestesia local, aislamiento del campo operatorio con dique de goma, utilización de sistemas de evacuación de alta velocidad, organización del campo operatorio y velocidad y destrezas clínicas que permitan trabajar con eficiencia y calidad¹¹⁰ (Bordoni et al., 2010, pp. 93-95). Ver página 71.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 93,2% de los odontólogos tiene habilidad en el momento de brindar atención a los pacientes con discapacidad.

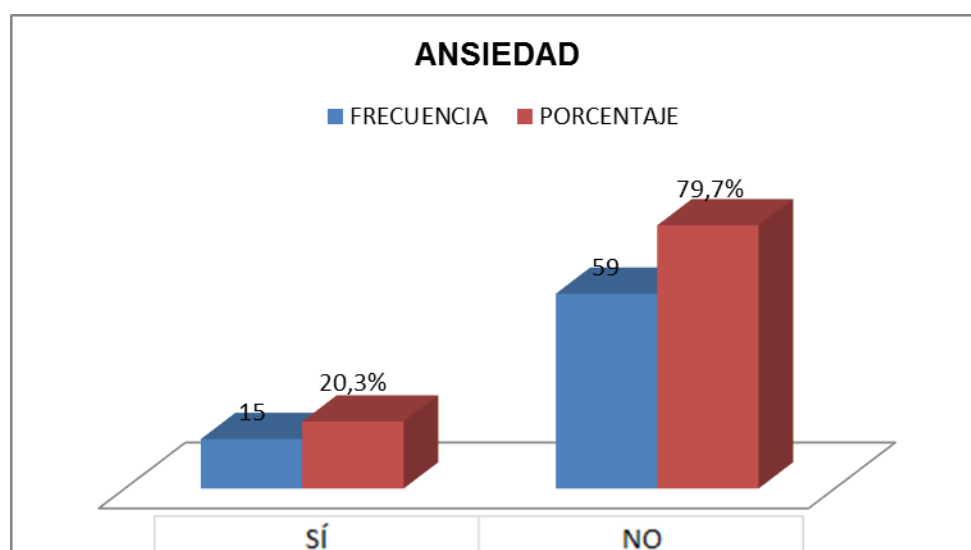
¹¹⁰ Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

CUADRO N° 108

ANSIEDAD DEL PACIENTE

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	15	20,3%
NO	59	79,7%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N° 108



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 108 el 20,3% de los pacientes manifestó ansiedad, mientras que el 79,7% no mostró ansiedad.

La ansiedad se puede definir como sentimiento de amenaza o miedo con sensación de ahogo, sensación en el estómago y nerviosismo con temblores y

sudoración. En realidad es una reacción de alerta¹¹¹ (Silvestre y Plaza, 2011, p. 296-297). Ver página 70.

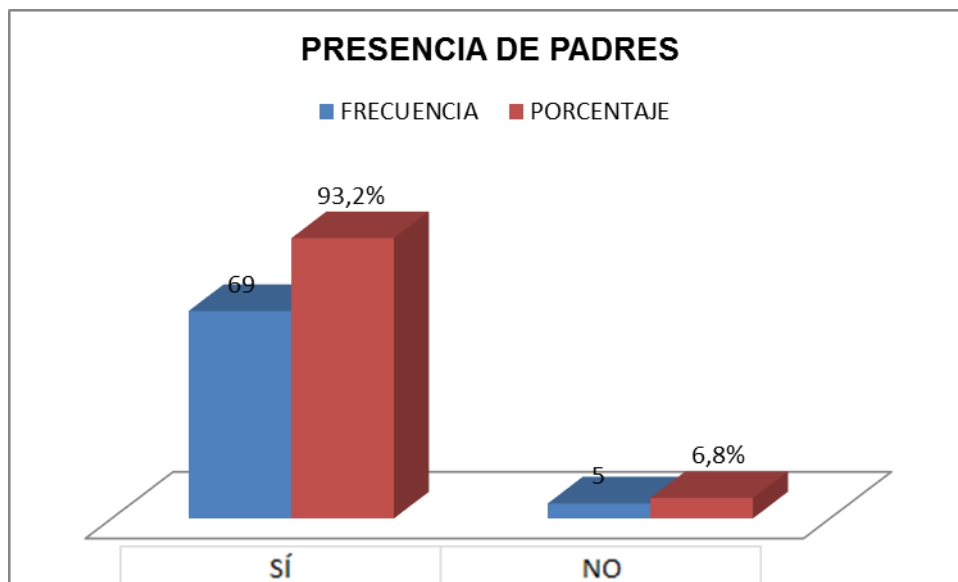
Con los resultados obtenidos se determinó que el 79,7% de los pacientes con discapacidad que acudieron a la consulta odontológica no manifestaron ansiedad.

CUADRO N° 109

ESTA PRESENTE EL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE EN LA CONSULTA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	69	93,2%
NO	5	6,8%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N° 109



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

¹¹¹ Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 109 el 93,2%% de los padres o tutores estuvo presente en la consulta, mientras que el 6,8% no estuvo presente.

La comunicación que se desarrolle con los padres o la persona que acompañe al paciente a la consulta es de prioridad para su manejo en el tratamiento, por lo cual su presencia en la consulta es recomendable ya que no solo permite incorporarlos dentro del plan de trabajo sino que es una protección legal importante¹¹² (Bordoni et al., 2010, p. 94). Ver página 60.

Con los resultados obtenidos se determinó que el 93,2% de los padres o tutores de los pacientes con discapacidad, está presente en la consulta odontológica.

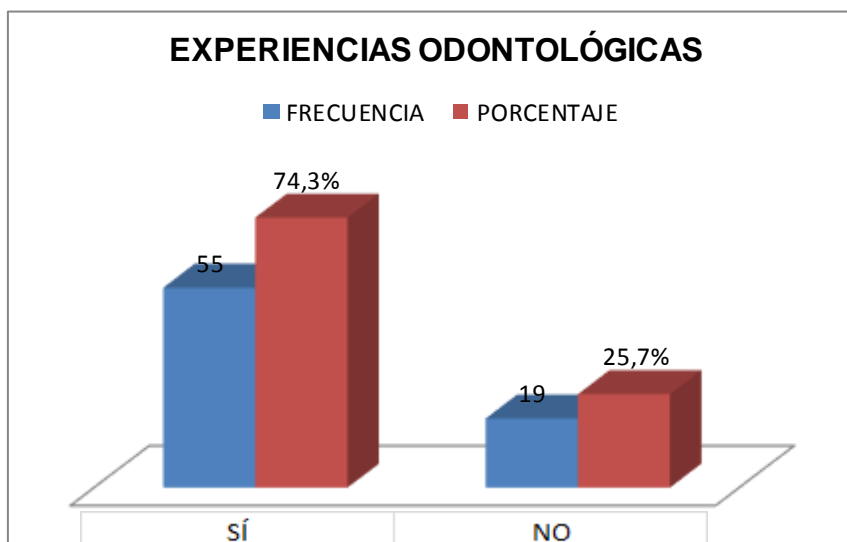
CUADRO N° 110

PREGUNTA EL ODONTÓLOGO A EL TUTOR DEL PACIENTE LAS EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS QUE HA TENIDO ÉSTE

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	55	74,3%
NO	19	25,7%
TOTAL	74	100%

¹¹² Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

GRÁFICO N° 110



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 110 el 74,3% de los odontólogos pregunta a los padres o tutores sobre las experiencias odontológicas previas del paciente, mientras que el 25,7% no lo hace.

Según Bordoni et al.¹¹³ (2010), cuando el paciente llega a la consulta, viene antecedido de una historia médico-odontológica que afecta su actitud. Es recomendable, antes de establecer una línea de acción, tomar un poco de tiempo para analizar con los padres las experiencias previas y las expectativas frente al tratamiento (p. 90). Ver página 60.

Con los datos obtenidos se determinó que el 74,3% de los odontólogos se informa sobre las experiencias odontológicas que ha tenido el paciente discapacitado, preguntando a su acompañante.

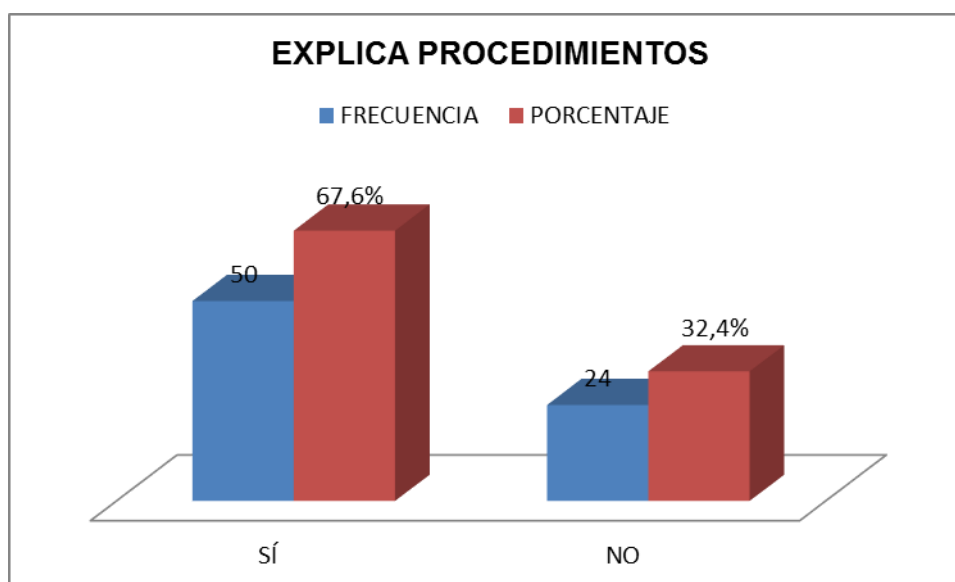
¹¹³ Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

CUADRO N° 111

EXPLICA AL REPOSABLE DEL PACIENTE LAS INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS QUE SE LE VA A REALIZAR

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	50	67,6%
NO	24	32,4%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N° 111



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 111 el 67,6% de los odontólogos explica al responsable del paciente o tutor sobre las intervenciones, procedimientos y tratamientos que se le va a realizar, mientras que el 32,4% no explica.

Todas las instituciones o entidades del sector salud deberían de cumplir con la norma de exigir y realizar la elaboración del documento de consentimiento

informado, facilitarles a los profesionales de la salud un tiempo específico para explicar a los pacientes las intervenciones, procedimientos y tratamientos que se le proponen ejecutar, para que el paciente o su familiar otorguen o nieguen voluntariamente el consentimiento¹¹⁴ (Herazo, 2007, p.118). Ver página 61.

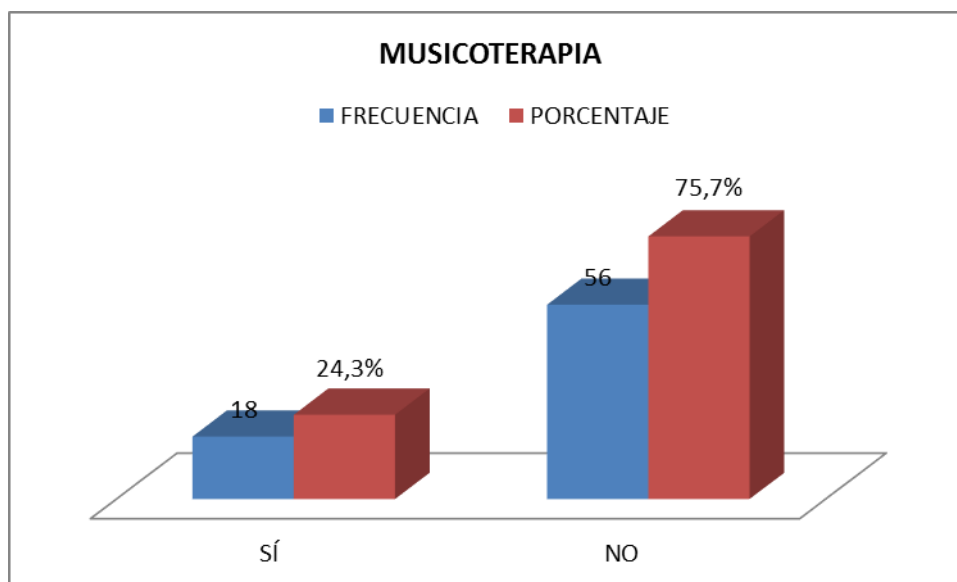
Se determinó que el 67,6% de los odontólogos explica al responsable o tutor del paciente las intervenciones, procedimientos y tratamientos que va a realizar.

CUADRO N° 112

UTILIZA MUSICOTERAPIA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	18	24,30%
NO	56	75,70%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO 112



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

¹¹⁴ Herazo, B. (2007). *Consentimiento informado para procedimientos, intervenciones y tratamientos en salud*: Ecoe ediciones.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 112 el 24,3% de los odontólogos utilizó musicoterapia, mientras que el 75,7% no utilizó musicoterapia.

Según la página web Ciencias.es, menciona que la musicoterapia es: La función terapéutica se basa en la manera en que trabaja el proceso natural psicológico de perfección auditiva, es decir, cuando el oído registra un sonido el cerebro decodifica lo que se está escuchando para entenderlo y determinar la manera en que deberá reaccionar ante lo que está a nuestro alrededor, ante la fuente de ese sonido. Contribuye favorablemente el acercamiento a pacientes con autismo, síndrome de Down o que padezca otro tipo de discapacidad ya que aumenta la comunicación y expresión¹¹⁵. Ver página 87.

Se determinó que el 75,7% de los odontólogos no emplea la música en su consultorio.

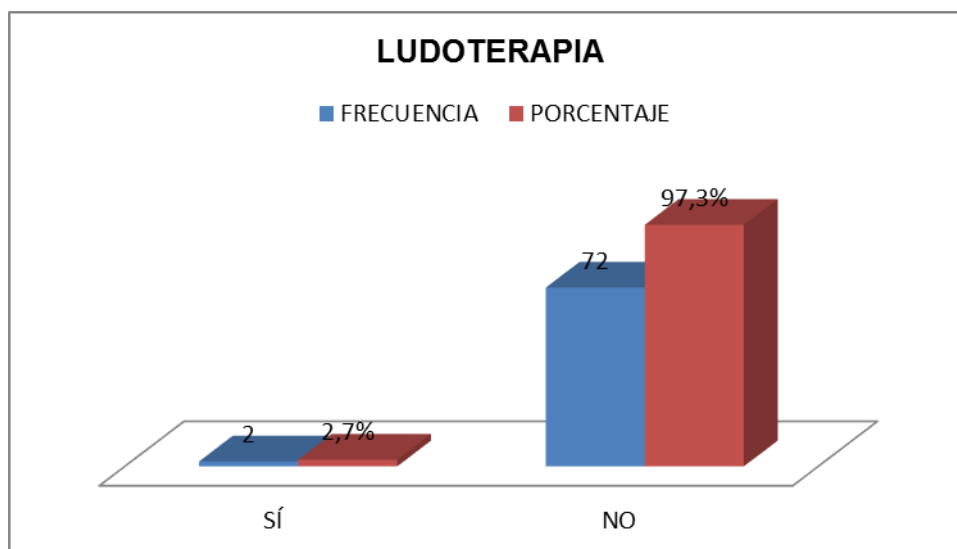
CUADRO N° 113

UTILIZA LUDOTERAPIA

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	2,7%
NO	72	97,3%
TOTAL	74	100%

¹¹⁵ Ciencias.es. (17 de abril del 2012). *Musicoterapia ¿funciona?* Recuperado de <http://www.ciencias.es/musicoterapia/>

GRÁFICO N° 113



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 113 el 2,7% de los odontólogos emplea la ludoterapia, mientras que el 97,3% no la emplea.

Permite la expresión a los pacientes de su individualidad e incluye los símbolos que facilitan su comunicación a través de juegos. Esta terapia favorece la comunicación efectiva; contribuye a la expresión de sentimientos; disminuye la ansiedad; estrés; temores sobre las enfermedades y tratamientos y desarrolla confianza con los prestadores de salud, facilitando su trabajo¹¹⁶ (Dueñas, 2012, p. 62). Ver página 88.

Se determinó que el 97,3% de los odontólogos no emplea la ludoterapia en su consulta.

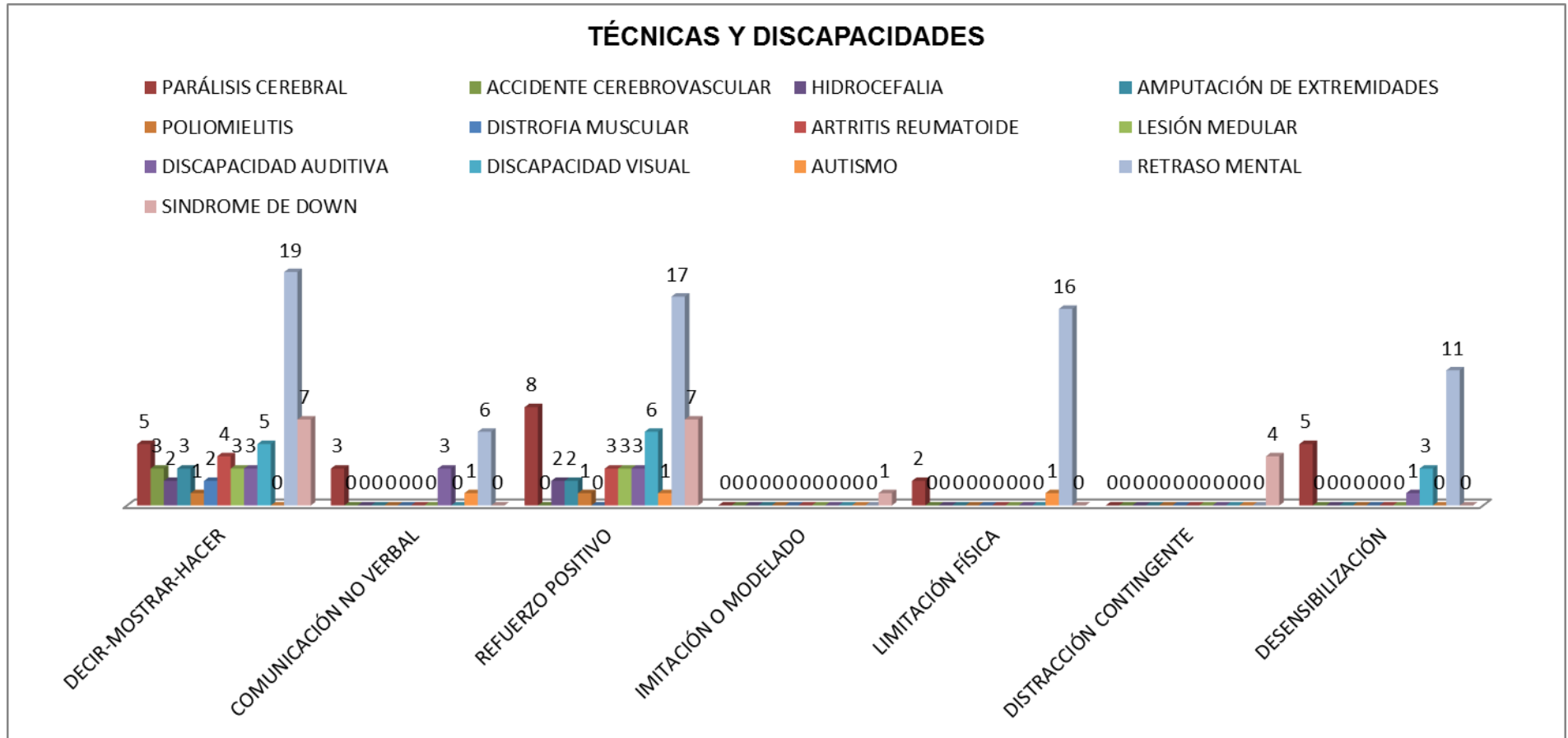
¹¹⁶ Dueñas, N. (2012). *Salud y Bienestar*. Quito, Ecuador: Ekos.

CUADRO N° 114

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y MANEJO DE CONDUCTA

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y MANEJO DE CONDUCTA	DECIR-MOSTRAR-HACER	COMUNICACIÓN NO VERBAL	REFUERZO POSITIVO	IMITACIÓN O MODELADO	LIMITACIÓN FÍSICA	DISTRACCIÓN CONTINGENTE	DESENSIBILIZACIÓN
DISCAPACIDAD							
PARÁLISIS CEREBRAL	5	3	8	0	2	0	5
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	3	0	0	0	0	0	0
HIDROCEFALIA	2	0	2	0	0	0	0
AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES	3	0	2	0	0	0	0
POLIOMIELITIS	1	0	1	0	0	0	0
DISTROFIA MUSCULAR	2	0	0	0	0	0	0
ARTRITIS REUMATOIDE	4	0	3	0	0	0	0
LESIÓN MEDULAR	3	0	3	0	0	0	0
DISCAPACIDAD AUDITIVA	3	3	3	0	0	0	1
DISCAPACIDAD VISUAL	5	0	6	0	0	0	3
AUTISMO	0	1	1	0	1	0	0
RETRASO MENTAL	19	6	17	0	16	0	11
SINDROME DE DOWN	7	0	7	1	0	4	0
TOTAL	57	13	53	1	19	4	20

GRÁFICO N° 114



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
 Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 114 se muestra que la técnica decir- mostrar-hacer se aplicó en 5 pacientes con parálisis cerebral, en 3 pacientes con accidente cerebrovascular, en 2 pacientes con hidrocefalia, 3 con amputación de extremidades, 1 con poliomielitis, 2 con distrofia muscular, 4 con artritis reumatoide, 3 con lesión medular, 3 con discapacidad auditiva, 5 con discapacidad visual, 19 con retraso mental y 7 con síndrome de Down. La técnica de comunicación no verbal fue empleada en 3 pacientes con parálisis cerebral, 3 con discapacidad auditiva, 1 con autismo, y 6 con retraso mental. La técnica refuerzo positivo, se utilizó en 8 pacientes con parálisis cerebral, 2 con hidrocefalia, 2 con amputación de extremidades, 1 con poliomielitis, 3 con artritis reumatoide, 3 con lesión medular, 3 con discapacidad auditiva, 6 con discapacidad visual, 1 con autismo, 17 en retraso mental, y 7 con síndrome de Down. La técnica de imitación o modelado se aplicó en 1 paciente con síndrome de Down, la técnica de limitación física se aplicó en 2 pacientes con parálisis cerebral, 1 con autismo, y 16 con retraso mental. La técnica distracción contingente se empleó en 4 pacientes con síndrome de Down; la técnica de desensibilización se aplicó en 5 pacientes con parálisis cerebral, 1 con discapacidad auditiva, 3 con discapacidad visual, 11 con retraso mental.

Existen diversas técnicas que se clasifican en comunicativas, no comunicativas y farmacológicas¹¹⁷ (Bordoni et al., 2010, pp. 95-96). Ver página 74.

¹¹⁷ Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

Se determinó que en los consultorios odontológicos, la técnica de comunicación y manejo de conducta más utilizada es la técnica decir-mostrar-hacer, la cual se aplicó en 57 pacientes con discapacidad.

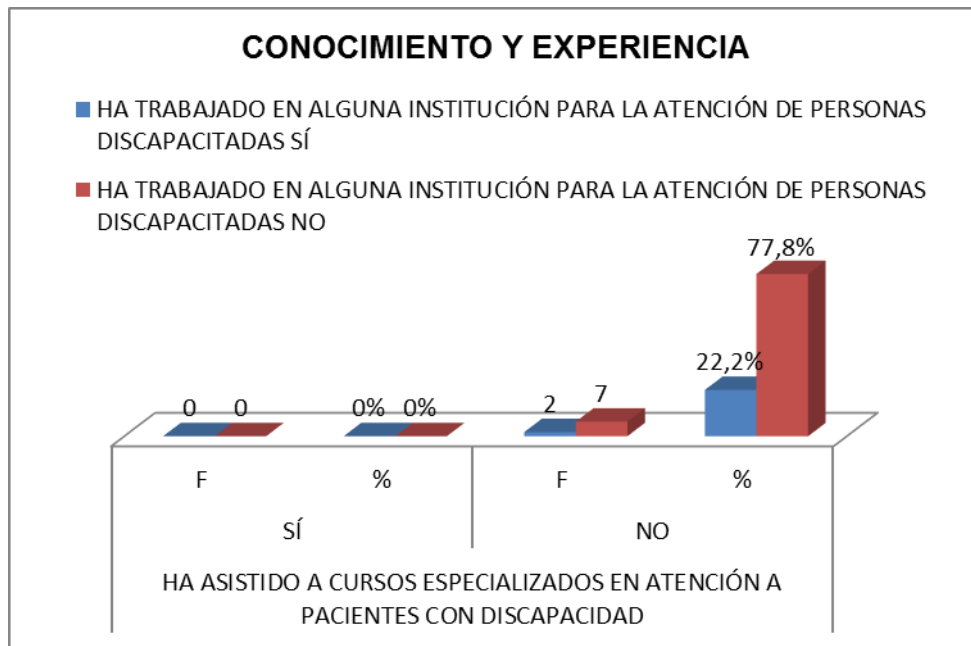
4.1.3. COMPARACIÓN DE CUADROS

CUADRO N° 1

CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA DEL ODONTÓLOGO

		HA ASISTIDO A CURSOS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD			
		SÍ		NO	
		F	%	F	%
HA TRABAJADO EN ALGUNA INSTITUCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS	SÍ	0	0%	2	22,20%
	NO	0	0%	7	77,80%
	TOTAL	0	0%	9	100%

GRÁFICO N° 1



FUENTE: encuesta realizada a odontólogos de la unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
ELABORACIÓN: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 1 el 22,2% no han asistido a cursos especializados en la atención a pacientes con discapacidad, sin embargo ha trabajado en instituciones encargadas de brindar atención a este tipo de personas, y el 77, % no ha asistido y tampoco ha trabajado para instituciones similares.

Aún es restringido el número de profesionales habilitados para realizar la atención a este grupo de pacientes. Para eso es necesario asistir a un curso especializado, adquirir los conocimientos y la seguridad necesaria, en los que la destreza y la

calma serán uno de los factores esenciales¹¹⁸ (Elías, 2008, p. 129). Ver página 14.

Con los resultados obtenidos se determinó que el mayor número de los profesionales que trabajan en los centros de salud del Distrito N°1, no ha trabajado en instituciones para la atención de personas con discapacidad, sin embargo un pequeño porcentaje ha recibido cursos especializados en la atención a estos pacientes.

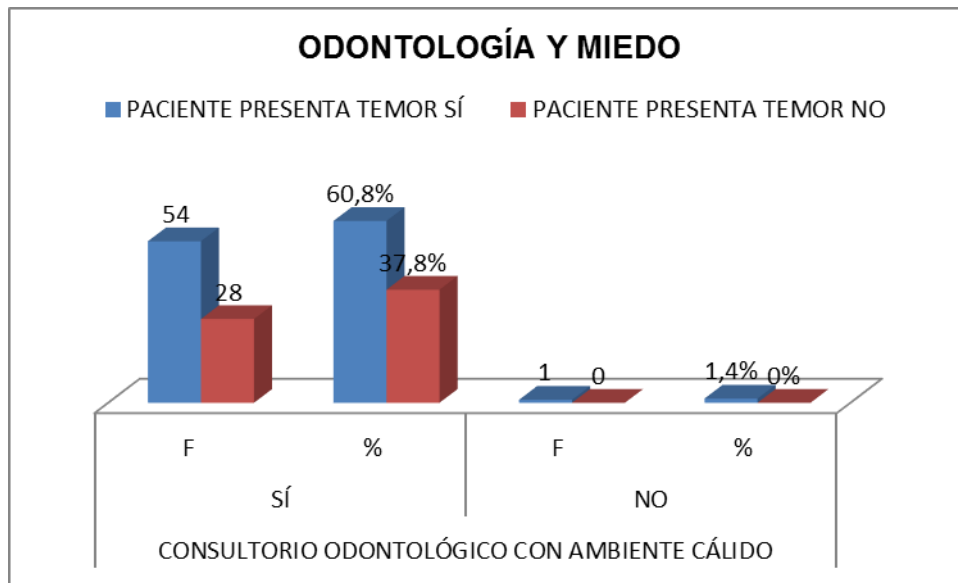
CUADRO N° 2

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y SU INFLUENCIA CON EL MIEDO

		CONSULTORIO ODONTOLÓGICO CON AMBIENTE CÁLIDO			
		SÍ		NO	
		F	%	F	%
PACIENTE PRESENTA TEMOR	SÍ	54	60,80%	1	1,40%
	NO	28	37,80%	0	0%
	TOTAL	73	98,90%	1	1,40%

¹¹⁸ Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.

GRÁFICO N° 2



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 2 el 60,8% de los pacientes que presentó temor, fueron atendidos en un ambiente cálido, el 1,4 de los pacientes con temor no fueron atendidos en un ambiente cálido. El 37,8% de los pacientes que no presentó temor, fueron atendidos en un ambiente cálido.

Como lo dice Moya et al.¹¹⁹ (2009), la visita al consultorio odontológico nunca ha sido agradable, ya que siempre ha sido asociada con el dolor; por lo que el paciente llega generalmente con mucha ansiedad y miedo, además la mayoría de las veces los tratamientos son largos, lo que implica varias sesiones o consultas para terminarlos. Por lo tanto, desde la entrada de un paciente al consultorio odontológico hasta que sale de él, la atención debe darse en un entorno cordial y

¹¹⁹ Moya, M., Pinzón, M., y Florero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*: Royce Editores.

armónico donde se pueda sentir cómodo y en confianza; en todo esto desempeña un papel muy importante el auxiliar de consultorio.....En la atención a los pacientes con discapacidad de acuerdo con el tipo de discapacidad (ciegos, sordos, minusválidos, retrasados mentales, etc.), se debe tratar al paciente siempre con la colaboración del acompañante, pero con un ambiente todavía de mayor calidez, comprensión y paciencia; por tanto, es importante que el auxiliar programe para estas personas, citas más largas de lo normal para brindarles todo el tiempo la atención que merecen (pp. 14-19). Ver página 54-55.

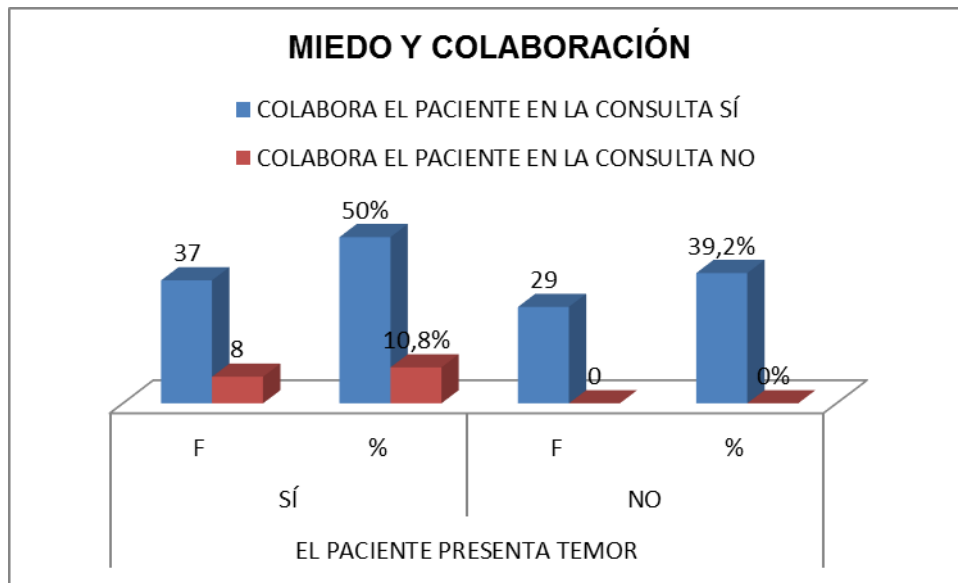
Se determinó que el 60,8% de los pacientes que sintió temor, fue atendido en un ambiente cálido.

CUADRO N° 3

EL MIEDO Y LA RELACIÓN CON LA COLABORACIÓN EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

		EL PACIENTE PRESENTA TEMOR			
		SÍ		NO	
		F	%	F	%
COLABORA EL PACIENTE EN LA CONSULTA	SÍ	37	50%	29	39,20%
	NO	8	10,80%	0	0%
TOTAL		45	60,80%	29	39,20%

GRÁFICO N° 3



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 3 el 50% de los pacientes que colaboró presentó temor, el 39,2% colaboró y no presentó temor. El 10,8% de los pacientes que no colaboró presentó temor.

El pensamiento de Rivas es que, “El peor momento para llevar a un niño a tratamiento dental es cuando sufre de dolor dental ya que relacionará la Odontología con el dolor y puede crear una actitud negativa para futuros tratamientos”¹²⁰ (2011, p. 63). Ver página 63.

Se determinó que el 50% de los pacientes colaboradores presentó temor en la consulta odontológica.

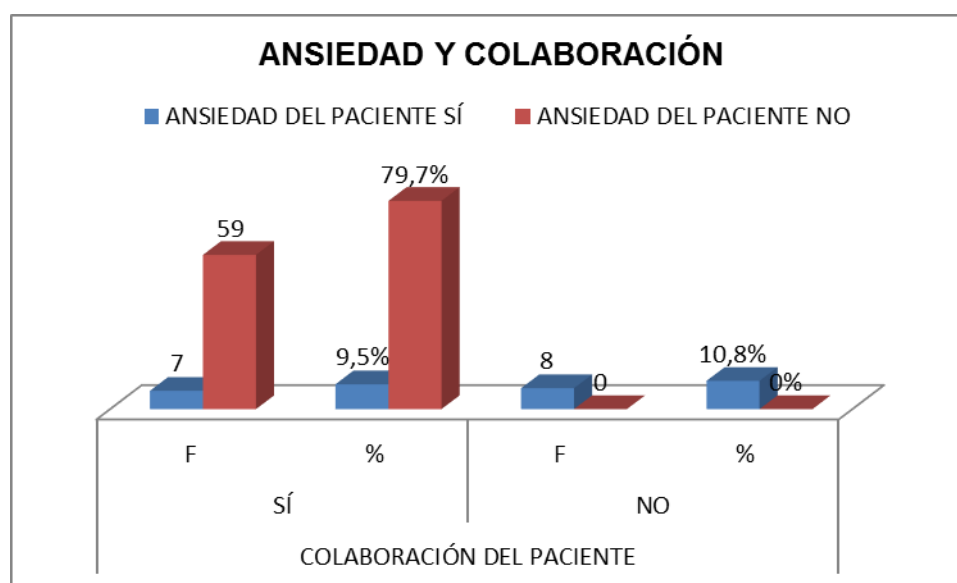
¹²⁰ Rivas, V. (2011). *Salud oral comunitaria*. Perú. Universidad privada de Tacna.

CUADRO N° 4

COLABORACIÓN Y ANSIEDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

		COLABORACIÓN DEL PACIENTE			
		SÍ		NO	
		F	%	F	%
ANSIEDAD DEL PACIENTE	SÍ	7	9,50%	8	10,80%
	NO	59	79,70%	0	0%
	TOTAL	66	89,20%	8	10,80%

GRÁFICO N° 4



Fuente: ficha de observación al odontólogo en la consulta en pacientes con discapacidad en las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1.
Elaboración: Adriana Góngora y Raissa Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro N° 4 el 9,5% de los pacientes que presentaron ansiedad colaboraron en la consulta odontológica, el 10,8% de los pacientes con ansiedad no

colaboraron en la consulta. El 79,7% no presentó ansiedad y colaboró en la consulta.

La revista de mínima intervención en Odontología, con su tema ansiedad dental causas, complicaciones y métodos de manejo, menciona: La ansiedad dental ha sido asociada fuertemente con un pobre estado de salud oral. La evasión de tratamiento dental está altamente relacionada a los índices de ansiedad y al aumento de morbilidad de caries. Diversos estudios han mostrado que los pacientes altamente ansiosos tienen una probabilidad más alta de concurrencia dental irregular y/o total evasión de atención dental¹²¹ . Ver página 92.

Se determinó que el 79,7% no presentó ansiedad y colaboró en la consulta odontológica.

4.2. CONCLUSIONES

Por medio de esta investigación se llegó a la conclusión de que los sistemas de comunicación inciden significativamente en el éxito del tratamiento odontológico en pacientes con discapacidad. Existen carencias sobre conocimiento de protocolos de atención para cada tipo de discapacidad. De las encuestas a los odontólogos se determinó que el 100% no ha asistido a cursos especializados para la atención de personas discapacitadas. En las fichas de observación en pacientes con parálisis cerebral utilizaron refuerzo positivo y desensibilización, en personas con accidente cerebro vascular, poliomielitis, hidrocefalia. lesión medular, distrofia muscular, amputación de extremidades, artritis reumatoide la

¹²¹ Revista de mínima intervención en odontología. (s.f.). *Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo*. Recuperado de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmi-compendium.org%2Fjournal%2Findex.php%2FJMID%2Farticle%2Fdownload%2F123%2F121&ei=JzFmUaDPF9Pr0QGPY4DwBA&usg=AFQjCNHOD91_3GOS7RmsCGBkUrhOw5-rg&sig2=gjVBsCJ-dAM9EuKb_9TANg

técnica de mayor aplicación fue decir-mostrar-hacer, en los pacientes con retraso mental se empleó comunicación no verbal en conjunto con refuerzo positivo, en síndrome de Down se empleó con más frecuencia la técnica decir-mostrar-hacer y refuerzo positivo, en autismo la comunicación no verbal y refuerzo positivo, en la discapacidad auditiva comunicación no verbal y decir-mostrar-hacer, y en la discapacidad visual decir-mostrar-hacer y refuerzo positivo. En todos los pacientes los profesionales revisaron la historia médica en un 77%.

El 60,8% de los pacientes presentó temor en la consulta, el 89,2% colaboró y el odontólogo motivó al paciente, el 93,2% de los profesionales tuvo habilidad.

El 83,8% dispone de tiempo para hablar con el padre antes de la atención dental, el 79,7% de los pacientes no mostró ansiedad, el 75,7% no utilizó musicoterapia, el 97,3% no empleó ludoterapia.

4.3. RECOMENDACIONES

Se deben realizar capacitaciones a los odontólogos sobre atención a pacientes con discapacidad, ya que éstas se presentan de diferentes maneras. Lo más recomendable sería que la preparación o capacitación sobre estos pacientes se dé desde la formación del profesional, de esta manera tendrán la base de conocimientos necesarios para brindar atención con calidad y calidez a este grupo importante de pacientes.

Los odontólogos deben brindar la suficiente seguridad a los pacientes, para de esta manera disminuir el temor que sienten al llegar a la consulta odontológica y obtener de ellos la colaboración durante el tratamiento.

Que los profesionales estén siempre preparados y listos para controlar los estados de ansiedad que se presente en el paciente con discapacidad.

4.4. BIBLIOGRAFÍA

Libros:

1. Elías, R. (2008). *Odontología para pacientes con necesidades especiales: Una visión clínica*. Madrid, España: Ripano.
2. López, J. (2008). *Fisiología clínica del ejercicio*. Buenos Aires, Argentina: Editorial panamericana.
3. Silvestre, F., y Plaza, A. (2011). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universitat de Valencia
4. Torres, M. (2010). *Recursos metodológicos en educación física con alumnos con discapacidad física y psíquica*. Madrid, España: Pila Teleña.
5. Hernández, J. (2010). *De la mano con la salud: tratado de psicología para andar por casa*. Cadíz.
6. Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones*. España: Ideas propias editorial.
7. Velásquez, J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. Medellín, Colombia: Health Book's.
8. Boj, J. (2011). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.
9. López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Bogotá, Colombia: Zamora editores.
10. Castejón, J., y Navas, L. (2009). *Unas bases psicológicas de la educación especial*. España: Editorial Club Universitario.
11. Barrancos, J., Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

12. Moya, M., Pinzón, M., y Forero, D. (2009). *Manual de Odontología básica integrada*. Colombia: Zamora editores.
13. Cura, J., Pedraza, S., y Gayete, A. (2010). *Radiología esencial*. España: Editorial panamericana.
14. Olivia, R., Ballesta F., Oriola, J., y Claria J. (2008). *Genética Médica*. Madrid, España: Díaz de santos ediciones.
15. Harvey, L. (2010). *Tratamiento de la lesión medular, guía para fisioterapeutas*. Barcelona, España: Elsevier.
16. Alós, J. (2008). *Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular: Un problema multidisciplinar*. Barcelona, España: Editorial Glosa.
17. Aranda, R. (2008). *Atención temprana en educación infantil*. España: Wolters kluwer.
18. Barrancos, M., y Barrancos, P. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
19. Enrile de Rojas, F., y Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene bucal*. Buenos Aires, Argentina; Madrid, España: Médica Panamericana.
20. Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
21. Herazo, B. (2007). *Consentimiento informado para procedimientos, intervenciones y tratamientos en salud*: Ecoe ediciones.
22. Rivas, V. (2011). *Salud oral comunitaria*. Perú. Universidad privada de Tacna.
23. Jiménez, M. (2012). *Odontopediatría en atención primaria*. España: Vértice.
24. Cameron, A., y Widmer, R. (2010). *Manual de odontología pediátrica*. (3era ed.). Barcelona, España: Elsevier.

25. Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. Ciudad de México, México: El manual moderno.
26. Castillo, R. (2011). *Estomatología pediátrica*. Madrid, España: Ripano
27. Caraballo, R. y Fejerman, N. (2009). *Tratamiento de las epilepsias*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
28. Göran K., & Sven P. (2011). *Odontopediatría abordaje clínico*. (2da ed.). Caracas, Venezuela: Amolca.
29. Dueñas, N. (2012). *Salud y Bienestar*. Quito, Ecuador: Ekos.
30. Gross, R., y Ortiz, M. (2012). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: El manual moderno.
31. Ministerio de sanidad, (2011). Política social e igualdad del gobierno de España. *Guía de buena práctica clínica en urgencias en el centro de salud rural*. Madrid, España: OMC.

Páginas web:

- Gobierno Nuevo León de México. (s.f.). Nuevo León unido. *¿Qué es la discapacidad?* Recuperado de http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad
- Ecuador ama la vida. (s.f.). Programas de la Vicepresidencia de la República. *Ecuador sin barreras*. Recuperado de <http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas/>
- Lagla, A. (3 de diciembre de 2010). La discapacidad en Ecuador. *Ultimas Noticias*. Recuperado de <http://www.ultimasnoticias.ec/noticias/834-la-discapacidad-en-ecuador.html>
- Lozada, M. (s.f.). *Salud bucodental en pacientes con discapacidad*. Recuperado de www.pasoapaso.com.ve/CMS/images/stories//saludbucodental.pdf

- Gobierno de España, Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (s.f.). *Estrategia española sobre discapacidad 2012-2020*. Recuperado de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/26112/8-4-1/estrategia-espanola-sobre-discapacidad-2012-2020.aspx>
- Schkolnik, S. (2010). Notas de Población N° 91. *América latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas*. Recuperado de www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/.../lcg2496-P_8.pdf
- La discapacidad en la práctica de la odontología (s.f.). Recuperado de www.odon.uba.ar/uacad/pcb1/docs/guadiscapacidad.doc
- III Congreso Nacional y II Internacional Temático de Estomatología Integral. (2003). *Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral*. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-7-2003/05.htm>
- Tratamientos Dentales. (s.f.). *Accidente cerebro vascular: manejo clínica dental*. Recuperado de <http://detododental.blogspot.com/2011/09/accidente-cerebrovascular-acv-manejo-en.html>
- Psicología y daño cerebral. (5 de mayo de 2011). *Los accidentes cerebrales: ictus y derrame cerebral*. Recuperado de <http://neuropsicologica.blogspot.com/2011/05/los-accidentes-cerebrovasculares-ictus.html>
- Burtner, P. (2012). College of dentistry. *Desórdenes físicos*. Recuperado de <http://paul-burtner.dental.ufl.edu/tratamiento-oral-para-personas-incapacitadas/condiciones-incapacitantes/desordenes-fisicos/>
- Integración laboral de personas con discapacidad en las entidades financieras. (s.f.). *Como tratar a una persona con discapacidad: personas con dificultades en la movilidad*. Recuperado de <http://bancadis.ibv.org/index.php/recomendaciones-de-adaptacion/aspectos-humanos-como-preparar-la-acogida-y-tratar-con-una-persona-con-discapacidad/80>

- Fernández Mendoza, O. (s.f.). *Cirugía radical en aparato locomotor*. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_ii/cirugia_ral.htm
- García, M., y Quesada, M. (2004). Universidad de Costa Rica: Centro Nacional de Información de Medicamentos Instituto de Investigaciones Farmacéuticas. *Artritis reumatoide fisiopatología y tratamiento*. Recuperado de <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed4.pdf>
- Ciencias.es. (17 de abril de 2012). *Musicoterapia, ¿funciona?* Recuperado de <http://www.ciencias.es/musicoterapia/>
- Universidad de Valencia. (s.f.). *El paciente autista en la clínica dental*. Recuperado de <http://www.icoev.es/oris/56-1/paciente.pdf>
- Gómez, B. (diciembre de 2009). Intervención odontológica en niños con autismo. *La desensibilización sistemática*. Recuperado de http://www.mydental4kids.com/descargas/pdfs/articulos_dra_martinez/autismo.pdf
- Universidad Complutense de Madrid. (s.f.). *Discapacidad visual*. Recuperado de <http://www.ucm.es/?a=directorio/oipd&d=0002271>
- Odontología online. (s.f.). *Paciente discapacitado normas para su atención en odontología*. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/pacientes-especiales/item/paciente-discapacitado-normas-para-su-atencion-en-odontologia.html>
- Manejo estomatológico del niño con hipoacusia. (s.f.). Recuperado de http://www.cultura-sorda.eu/resources/Madrigal_Martinez_Teja_Canto_Manejo_estomatologico_nino_sordo_hipoacusia.pdf
- Odontología online. (2012). *Aspectos éticos y bioéticos relacionados con el cuidado y tratamiento del paciente con retraso mental*. Recuperado de <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/medicina-estomatologica>

- Acta odontológica venezolana. (s.f.). *Anestesia general y sedación en odontología*. Recuperado de http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/anestesia_general_odontologia.asp
- Cousiño, M. (2 de mayo de 2008). *Óxido nitroso*. Recuperado de <http://www.dentalmatiascousinochile.cl/2008/05/02/oxido-nitroso/>
- Colegio de enfermeras de Costa Rica. (1 de mayo de 2012). *Ludoterapia y estimulación temprana: atención del niño y la niña hospitalizado y su familia*. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/m-13106/images/Art%C3%ADculoReto.pdf>
- Revista de mínima intervención en odontología. (s.f.). *Ansiedad dental: Causas, complicaciones y métodos de manejo*. Recuperado de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmi-compendium.org%2Fjournal%2Findex.php%2FJMID%2Farticle%2Fdownload%2F123%2F121&ei=JzFmUaDPF9Pr0QGP4DwBA&usg=AFQjCNHOD91_3GOS7RmsCGBkUrhDow5-rg&sig2=gjVBsCJ-dAM9EuKb_9TANg

Tesis:

- Calvopiña Basantes, A., Chicaiza Chiquito, V. (2006). *Construcción de un tablero electrónico utilizando las técnicas de comunicación alternativa aumentativa para niños con parálisis cerebral y/o retardo mental de grado leve o moderado*. (Proyecto previo a la obtención del título de tecnólogo en electrónica y telecomunicaciones). Escuela Politécnica Nacional. Quito
- García Loor, J., Párraga Palma, K. (2008). *Adecuación del área odontológica de la fundación San Jorge del Fuerte Militar Manabí y su relación con la calidad de atención en niños especiales durante el periodo agosto-diciembre del 2007*. (tesis de grado inédita). Universidad San Gregorio de Portoviejo. Portoviejo.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

NOMBRE DEL PROYECTO

La comunicación en la atención de calidad de los pacientes con capacidades especiales.

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tipo educativo

ENTIDAD EJECUTORA

Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Universidad San Gregorio de Portoviejo.

5.2. JUSTIFICACIÓN

La atención a pacientes con discapacidad es de mucha importancia ya que estos tienen los mismos derechos que los demás, y deben ser atendidos de la mejor manera posible. El odontólogo debe de tener conocimientos sobre la atención para estos pacientes ya que sabiéndolos manejar se podrá brindar un tratamiento odontológico oportuno.

Habiendo situaciones de carencia de información acerca de los diferentes sistemas comunicativos que pueden ser empleados en el trabajo con los pacientes que tienen discapacidad, ya sea esta sensorial, física o intelectual,

situación que se podría mejorar mediante conocimientos sobre sistemas de comunicación.

Ante esto se proponen acciones que impliquen al futuro odontólogo el empleo de técnicas comunicativas que fomenten la colaboración, la relación y el buen tratamiento en la sesión odontológica de estos pacientes.

5.3. MARCO INSTITUCIONAL

La Universidad San Gregorio de Portoviejo fue creada mediante ley promulgada en el Registro Oficial N° 229 del 21 de Diciembre del 2000. En el transcurso del año 2000 un grupo de profesionales integrados por el Dr. Juan Carlos Flor Hidalgo, ex presidente del Colegio de Odontólogos de Manabí; Dra. Luz María Hidrovo Peñaherrera, ex profesora de la Facultad de Odontología de Manta; Dr. Hugo Mendoza Vélez, Director Provincial de Estomatología de la Regional de Salud y el Dr. José Lara Zavala, se reunieron de manera consecutiva para tratar y discutir la inquietud y aspiraciones de muchos bachilleres de nuestra ciudad, como también la limitada cobertura dental de la población urbana y rural de nuestra comunidad por la falta de recursos humanos coincidiendo la idea de crear una Facultad de Odontología que dé la oportunidad a los bachilleres a cristalizar sus aspiraciones, por lo cual se realizaron continuas reuniones con las autoridades de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y sus departamentos de Planificación y Académicos.

Conjuntamente se realizaron encuestas institucionales y entrevistas a personalidades del cantón y teniendo una respuesta positiva y estimulante se resolvió encargar al Dr. Juan Carlos Flor Hidalgo y a la Dra. Luz María Hidrovo

para que en comunidad de ideas de trabajo con la vicerrectora académica, elaboran un proyecto de creación de esta nueva Facultad de Odontología.

La primera clínica odontológica fue inaugurada el día lunes 23 de septiembre del 2002 con la asistencia de autoridades de la Universidad San Gregorio y estudiantes, comenzando a funcionar en la antigua escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile. La segunda clínica odontológica se inauguró a la entrada del colegio 12 de Marzo completa y exclusiva para los estudiantes a partir del sexto semestre.

El 15 de septiembre 2006 se inauguró las áreas para prácticas odontológicas ubicadas en el edificio N°1 del nuevo campus de la Universidad San Gregorio ubicado en la Avenida Metropolitana estas áreas constan de tres clínicas: Clínica A y B con 15 sillones cada una y la Clínica C con 14 sillones. El 14 de mayo se inauguró un moderno quirófano totalmente equipado y la nueva área de radiografía con tres equipos de radiografía y zona de revelado.

Cada año se incrementa el número de pacientes con alteraciones faciales verticales que acuden a esta institución, en busca de una atención de calidad y la prestación de otros tipos de tratamientos que no se realizan en subcentros de salud, debido que su elaboración representa un mayor costo, es así el caso de los tratamientos ortodónticos que ayudan a mejorar la mal posición dentaria y ciertos hábitos.

5.4. OBJETIVOS

5.4.1. Objetivo general

Contribuir con información profesional que permita brindar una buena atención a los pacientes con discapacidad.

5.4.2. Objetivos específicos

- Difundir los protocolos y sistemas de comunicación para dar atención de calidad a pacientes con discapacidad.
- Concienciar sobre la importancia de la comunicación en la realización de buenos tratamientos odontológicos a los pacientes con discapacidad.
- Impulsar a los estudiantes de odontología a que apliquen sistemas comunicativos de acuerdo a la discapacidad que se presente en cada paciente que acude a la consulta odontológica.

5.5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Mediante la investigación realizada se observó que los odontólogos del Distrito de Salud N°1 presentan carencias de conocimientos sobre sistemas de comunicación que pueden ser empleados en los pacientes con discapacidad que acuden a la consulta odontológica. Consideramos que es una situación que puede mejorar si se reciben los conocimientos necesarios y básicos durante la formación del profesional. Por lo que se propone incluir el tema dentro de los sílabos de la cátedra de Odontopediatría de la Universidad, para que los estudiantes desde ya

conozcan los protocolos de atención y la comunicación que se emplea en este grupo importante de pacientes.

Se entregará un manual con el tema: “Comunicación en la sesión odontológica de pacientes con discapacidad”, a la docente encargada de la cátedra de Odontopediatría de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se dejarán trípticos en secretaria para que estos sean entregados a los estudiantes a medida que se van matriculando, de esta manera van teniendo idea del nuevo tema que se impartirá en clases.

5.6. BENEFICIARIOS

- Directos. Los estudiantes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo
- Indirectos. Los pacientes con discapacidad, sus padres y la comunidad en general.

5.7. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el cumplimiento de los objetivos se realizarán las siguientes actividades:

- Elaboración del manual didáctico
- Entrega del manual a la docente encargada de la cátedra de Odontopediatría, sobre la “Comunicación en la sesión odontológica de pacientes con discapacidad” para que sea impartido en clases a los estudiantes.
- Entrega de trípticos informativos sobre la discapacidad.

5.8. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
MANUAL	1	unidad	4,00	4,00
TRÍPTICOS	100	unidad	0.10	10,00
SUBTOTAL				14,00
IMPREVISTOS		10%		1,40
TOTAL				15,40

5.9. SOSTENIBILIDAD

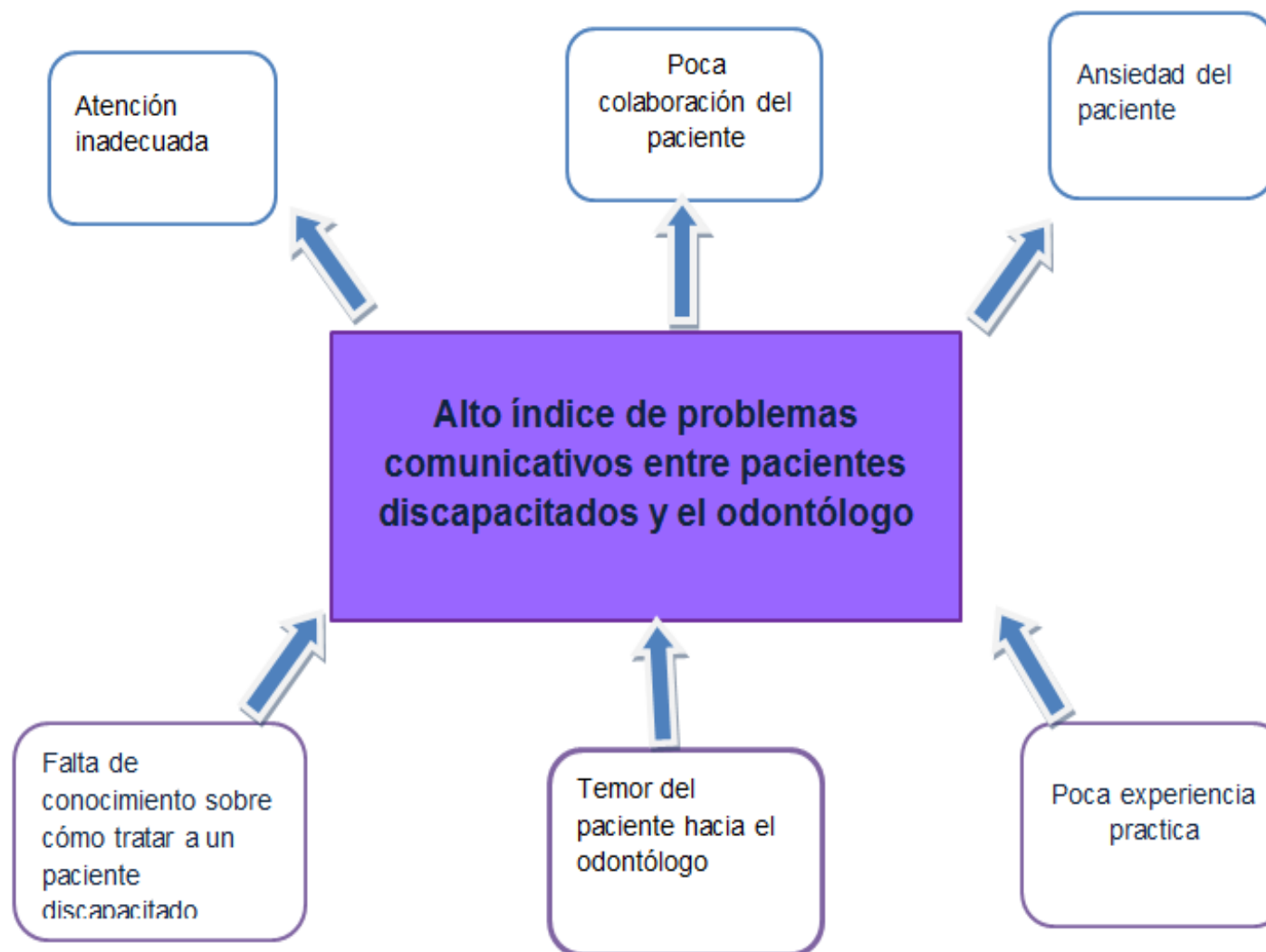
Esta propuesta es sostenible porque se contó con la colaboración de la coordinadora de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y los docentes del establecimiento y estudiantes.

Se desea incluir el tema de comunicación en la atención odontológica de pacientes con discapacidad, dentro de la materia de Odontopediatría, ya que es de mucha importancia tener los conocimientos necesarios de como brindar una buena atención odontológica a estos pacientes.

5.10. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada por las autoras de la investigación.

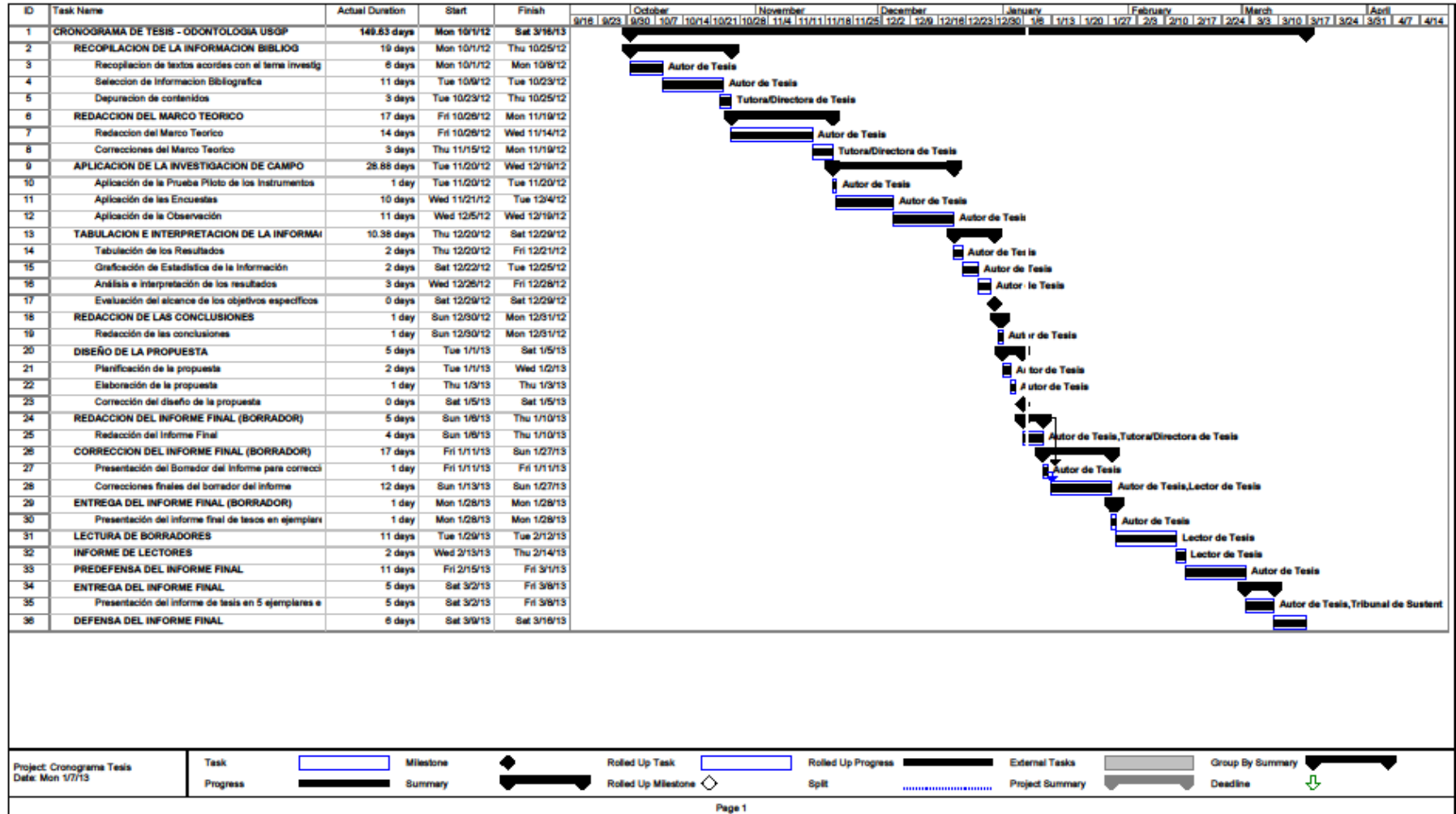
ANEXOS



PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
Fotocopias	2000	Unidad	0,03	60,00	60,00	
Papel	3	Resma	3,00	9,00	9,00	
INTERNET mes	20	horas	1,00	20,00	20,00	
Tinta	4	cartuchos	20,00	80,00	80,00	
Materiales de Oficina	14	Unidad		20,00	20,00	
Pen drive	1	unidad	20,00	20,00	20,00	
Viáticos		dólar		500,00	500,00	
Anillados	10	Unidad	2,00	20,00	20,00	
Cámara	1	Unidad	350,00	350,00	350,00	
Empastados	6	Unidad	5,00	30,00	30,00	
Subtotal				2.305,00	1.109,00	
Imprevistos				230,00	110,90	
TOTAL				2.535,00	1.219,90	

CRONOGRAMA



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**ENCUESTA DIRIGIDAS A ODONTÓLOGOS DE LAS UNIDADES
OPERATIVAS DEL DISTRITO DE SALUD N° 1**

1.- ¿Ha asistido a cursos especializados en la atención de pacientes con discapacidad?

Sí

No

Si contesto sí:

¿Hace cuánto tiempo?.....
.....

¿Por cuánto tiempo?
.....

2.- ¿Ha trabajado en alguna institución para la atención de personas con discapacidad?

Sí

No

Si contestó si:

¿Dónde?.....
.....
.....

¿Por cuánto tiempo?.....
.....
.....

3.- ¿Qué técnicas de comunicación y manejo de conducta aplica en este consultorio?

Decir-mostrar-hacer	<input type="checkbox"/>
Control de voz	<input type="checkbox"/>
Comunicación no verbal	<input type="checkbox"/>
Refuerzo positivo	<input type="checkbox"/>
Refuerzo negativo	<input type="checkbox"/>
Tiempo afuera	<input type="checkbox"/>
Distracción contingente	<input type="checkbox"/>
Escape contingente	<input type="checkbox"/>
Imitación o modelado	<input type="checkbox"/>
Limitación física	<input type="checkbox"/>
Mano sobre boca	<input type="checkbox"/>
Sedación	<input type="checkbox"/>
Anestesia general	<input type="checkbox"/>
Musicoterapia	<input type="checkbox"/>
Ludoterapia	<input type="checkbox"/>



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL

Parálisis cerebral con afección física	
Parálisis cerebral con afección intelectual	
Parálisis cerebral con afección física e intelectual	

ÍTEMS	SI	NO
Revisa detalladamente la historia clínica del paciente		
Escribe los fármacos que ingiere el paciente		
Valora el profesional la capacidad de comprensión y comunicación del paciente		
Coloca al paciente en posición semisentada		
Realiza movimientos suaves y lentos		
Utiliza abrebocas		
Valora el estado de ansiedad o miedo		
Aplica refuerzo positivo en el paciente		
Utiliza restricción física		
Muestra los movimientos y ruidos producidos por los equipos del consultorio dental		
Explica por medios visuales		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Revisa en la historia clínica los fármacos que ingiere el paciente		
Toma la presión al inicio de la cita		
Utiliza un lenguaje lento al dialogar con el paciente		
Emplea palabras cortas al conversar con el paciente		
Habla con palabras sencillas al paciente		
Facilita el acomodamiento en el sillón		
Limita el uso de agua en la pieza de mano		
Mantiene al paciente en posición sentada		
Evacúa rápidamente los líquidos orales del paciente		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON POLIOMIELITIS

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Es amable con el paciente y sus familiares		
Está pendiente de pasarle las muletas una vez terminado el tratamiento		
Ofrece su ayuda al paciente		
Hace sentir al paciente en un ambiente cómodo		
Se dirige al paciente cuando explica su tratamiento		
Habla con palabras sencillas		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON HIDROCEFALIA

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Es amable con el paciente		
Muestra empatía por él y sus familiares		
Da espacio suficiente para que el paciente se acomode en el sillón		
Hace sentir al paciente en un ambiente cómodo		
Habla con palabras sencillas		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON DISTROFIA MUSCULAR

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Es amable con el paciente		
Muestra empatía por el paciente		
Procura que las muletas estén siempre cerca del paciente		
Ofrece su ayuda al paciente al trasladarse al sillón		
Al hablar con el paciente en silla de ruedas se sitúa de frente y a la misma altura de el		
Se dirige al paciente cuando explica su tratamiento		
Habla con palabras sencillas		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Es amable con el paciente		
Muestra empatía por el paciente		
Ofrece su ayuda al paciente		
Al hablar con el paciente en silla de ruedas se sitúa de frente y a la misma altura de el		
Habla con palabras sencillas		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON AMPUTACION DE EXTREMIDADES

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

Falta de extremidades superiores	
Falta de extremidades inferiores	
Falta de extremidades superiores e inferiores	

ÍTEMS	SÍ	NO
Es amable con el paciente		
Muestra empatía por él y sus familiares		
Procura que las muletas estén siempre cerca del paciente		
Ofrece su ayuda al paciente		
Da espacio suficiente para que el paciente se acomode en el sillón		
Al hablar con el paciente en silla de ruedas se sitúa de frente y a la misma altura de él		
Se dirige al paciente cuando explica su tratamiento		
Habla con palabras sencillas		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Es amable con el paciente		
Muestra empatía por el paciente		
Procura que las muletas estén siempre cerca del paciente		
Ofrece su ayuda al paciente		
Al hablar con el paciente en silla de ruedas se sitúa de frente y a la misma altura de el		
Habla con palabras sencillas		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Familiariza al paciente con el ambiente del consultorio		
Entiende la comunicación no verbal del paciente		
Controla movimientos para evitar lesiones durante el tratamiento		
Utiliza dispositivos para el control de la apertura bucal		
Utiliza dispositivos para el control de la cabeza		
Controla las extremidades con ayuda de los padres o tutor		
Aplica refuerzo positivo por cada logro alcanzado		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Habla con el familiar del paciente		
Aplica música en el consultorio		
Emplea la técnica de modelado con el familiar		
Realiza actividades con objetos o imágenes		
Estimula más de un sentido		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON AUTISMO

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Es atendido inmediatamente		
Dialoga con los padres del paciente a cerca de sus características individuales		
Permite que el niño explore por sí mismo el consultorio		
Pregunta sobre experiencia previas en la consulta dental		
Aplica técnica decir-mostrar-hacer		
Utiliza técnica mano sobre boca		
Emplea técnicas visuales		
Ejecuta técnica de refuerzo positivo		
Dispone de música en el consultorio		
Mantiene contacto visual el paciente con el odontólogo		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA A ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Se dirige en un tono de voz normal		
Dirige la mirada hacia el rostro del paciente		
Realiza preguntas al paciente		
Permite que el paciente toque los instrumentos		
Explica sobre los sabores de materiales como anestésicos y colutorios		
Evita movimientos bruscos		
Informa anticipadamente lo que le va a realizar al paciente		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL ODONTÓLOGO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
El odontólogo tiene paciencia		
Comunica el odontólogo sus ideas mediante gestos y expresiones faciales		
Emplea un lenguaje lento		
Refuerzo positivo		
Explica todos los procedimientos		
Muestra los instrumentos		
Usa mascarilla cuando da explicaciones al paciente		
Equipo de salud relajado		
Aplica la técnica :Decir-mostrar-hacer		



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD EN UNIDADES OPERATIVAS DEL DISTRITO N° 1

UNIDAD:	
N° HISTORIA CLÍNICA:	FECHA:

ÍTEMS	SÍ	NO
Demuestra el odontólogo compasión por el paciente		
Revisa la historia médica del paciente		
Ejecuta trabajo rápido		
Al abrir la puerta al paciente, el profesional usa guantes		
Al abrir la puerta al paciente, el operador usa mascarilla		
Consultorio odontológico con ambiente cálido (comprensivo y paciencia)		
El paciente presenta temor		
Colabora el paciente en la consulta		
Motiva el operador al paciente		
Tiene habilidad el odontólogo		
Ansiedad del paciente		
Está presente el padre o tutor del paciente discapacitado en la consulta		
Pregunta el odontólogo a el tutor del paciente las experiencia odontológicas previas que ha tenido éste		
Explica al responsable del paciente las intervenciones, procedimientos y tratamientos que se les va a realizar		
Utiliza musicoterapia		
Utiliza ludoterapia		

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN UTILIZADAS			
Decir-mostrar-hacer		Escape contingente	
Control de voz		Imitación	
Comunicación no verbal		Limitación física	
Refuerzo positivo		Mano sobre boca	
Refuerzo negativo		Sedación	
Tiempo afuera		Anestesia general	
Distracción contingente		Desensibilización	

**FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL JEFE DISTRITAL DE SALUD N°1
PORTOVIEJO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN**

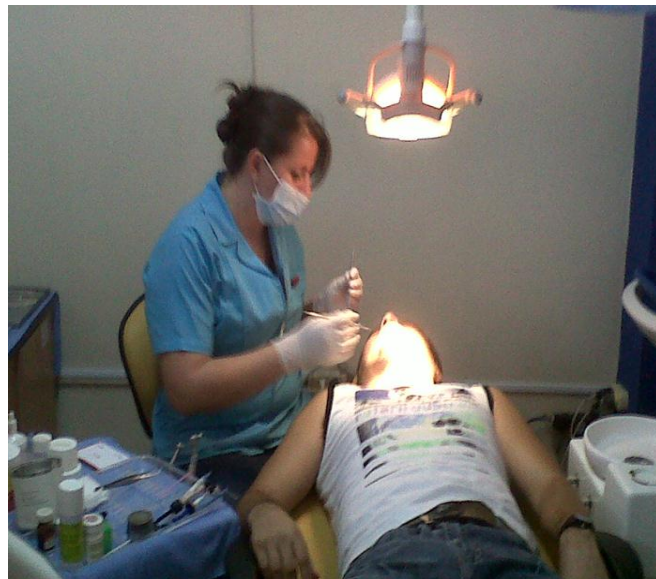


ENCUESTA A ODONTÓLOGOS



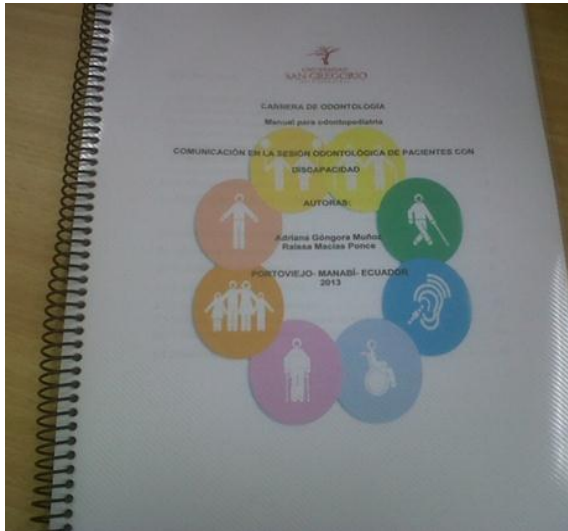
FICHAS DE OBSERVACIÓN





Elaboración y entrega del manual informativo y trípticos a la docente de la cátedra de Odontopediatría de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Dra. Angélica Miranda



FIRMA DE ACTA DE COMPROMISO

