

Multimed 2015; 19(6)

NOVIEMBRE-DICIEMBRE

ARTÍCULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
POLICLÍNICO "ÁNGEL ORTIZ VÁZQUEZ". MANZANILLO. GRANMA.**

**Psicoterapia conductual en la atención estomatológica en
Retrasado Mental no convencional.**

**Behavioral Psychotherapy in the stomatological care for the
unconventional mentally retarded patients.**

**Maria Rosa Paneque Gamboa;¹ Leticia María Quesada Oliva; ² Roberto Macías Gil; ³
José Rafael Paneque Gamboa; ⁴ Maria Líbia Paneque Gamboa. ⁵**

1 Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Master en Urgencias Estomatológica. Asistente. Policlínico Ángel Ortiz Vázquez. Manzanillo. Granma. E-mail: mariarp@grannet.grm.sld.cu

2 Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Master en Salud Bucal Comunitaria. Policlínico Ángel Ortiz Vázquez. Manzanillo. Granma.

3 Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Master en Salud Bucal Comunitaria. Policlínico Ángel Ortiz Vázquez. Manzanillo. Granma.

4 Licenciado en Ingles. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Granma. Manzanillo. Granma.

5 Licenciado en Laboratorio Clínico. Hospital Materno Infantil Fe Del Valle Ramos. Manzanillo. Granma.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención comunitaria en pacientes con retraso mental pertenecientes a la Clínica Estomatológica del Policlínico Universitario

2 en el 2011 con diagnóstico de caries dental, con el objetivo de modificar el estado de salud bucal en pacientes con retraso mental. El universo y la muestra constituida por 240 pacientes, se precisaron las variables para el estudio: convencional, no convencional, ligero, moderado, severo, profundo, prótesis parcial y total. Se utilizó la psicoterapia conductual además de las acciones de promoción y prevención. Se tuvo en cuenta el gasto económico en el hospital Celia Sánchez y Hermanos Cordovés por paciente en caso de que fueran hospitalizados para el tratamiento. Las fuentes de información fueron el interrogatorio, la entrevista y la historia clínica individual. Los datos obtenidos se procesaron en una hoja de cálculo Microsoft Excel, empleándose como medida de resumen las medidas de frecuencias absolutas y relativas en tablas estadísticas, se obtuvo como resultados: 20 Retrasados Mental no convencionales atendidos con la psicoterapia conductual, se convirtieron en pacientes convencionales con un ahorro de \$3329,6, 10 RM leves se rehabilitaron protésicamente. Se concluye que en los pacientes con retraso mental fue de valor significativo el uso de la psicoterapia conductual.

Descriptores DeCS: PSICOTERAPIA; DISCAPACIDAD INTELECTUAL; ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

ABSTRACT

It was carried out a study of community intervention in mentally-retarded patients belonging to the Dental Clinic from the University Polyclinic 2 in 2011, with the diagnosis of dental caries and the objective of modifying the condition of oral health in mentally-retarded patients .The Universe and the sample were constituted by 240 patients. The variables for the study were: conventional, unconventional, mild, moderate, severe, deep, partial and total prosthesis. The behavioral Psychotherapy was used as well as

promotion and prevention actions. It was considered the economic expense of the patients at Celia Sánchez Manduley and Hermanos Cordovés Hospitals in case that they were hospitalized for further treatments. The sources of information were: the surveys, the interviews and the individual medical record. The obtained data were processed in a spreadsheet Microsoft Excel, and the summary measures were the absolute and relative frequencies in statistical charts. The results were the following: 20 unconventional-mentally-retarded patients were assisted, with the use of the Behavioral Psychotherapy, they became conventional patients assisted with a saving of \$ 3329, 6. Ten mild mentally-retarded patients were prosthetic rehabilitated. It was concluded that in the mentally-retarded patients, the use of Behavioral Psychotherapy was of significant value.

***Subject heading: PSYCHOTHERAPY; INTELLECTUAL DISABILITY;
DENTAL CARE***

INTRODUCCIÓN

Los pacientes llamados modernamente pacientes especiales constituyen un serio problema para todos los países, pues si bien el desarrollo económico, político y social, reduce el número de casos que produce el subdesarrollo, por motivos no bien definidos, las enfermedades discapacitantes tienden a aumentar las afecciones bucos dentales.¹⁻⁵

Resulta un grupo especial por sus características disminuidas y el estomatólogo en consecuencias debe ser capaz de adaptar los diferentes procederes estomatológicos existentes y adoptar acciones modificadas para satisfacer las necesidades que se crean aledañas a las deficiencias, discapacidades y minusvalía.⁶⁻⁸

Anteriormente en la atención a estos pacientes el Estomatólogo se limitaba a 2 diagnósticos desde el punto de vista de la aceptación del tratamiento:

Pacientes convencionales: aquellos pacientes que aceptan el tratamiento en el sillón, y no convencionales: aquellos que no aceptan el tratamiento estomatológico.

Actualmente por su desarrollo científico técnico no se limita a las acciones tradicionales de diagnóstico y tratamiento para la curación de las enfermedades y problemas de salud, sino que con su estrecha relación con la familia desarrollará a plenitud acciones educativas de promoción de salud, preventivas y de rehabilitación.⁹⁻¹¹

Para ello es capaz de relacionar otras ciencias como la psicología, al hacer uso de una de sus técnicas como es la Psicoterapia conductual,¹²⁻¹⁶ que no es útil en todos los Retrasados Mental. Necesitamos de ella por el alto número de RM no convencionales que se niegan a recibir tratamiento de forma hospitalaria, por la demora de los salones y las complicaciones que trae aparejada la anestesia a estos pacientes que presentan una patología primaria de base.¹⁷

Según los estudios especializados realizados se estima que el 3% de la población mundial padece de esta discapacidad.¹⁻³

El RM se encuentra en todas las razas y en todas las culturas, y se estima que se presenta en un 3 % de la población mundial y en el 10 % de la población infantil con algún tipo de discapacidad. La inmensa mayoría (85 %) es educable. Los entrenables constituyen el 10 % y los custodiables el 5 % del total.³

En Cuba el índice de incidencia de esta afección es de un 1,5% de la población. En nuestro municipio este índice es de 2,3%.¹⁻³

Mientras que en el área de atención de nuestro policlínico según estadística del año 2008 el índice era de 0,6%, una alta incidencia de pacientes RM en el área de salud que no cooperan durante el tratamiento estomatológico y requieren ser remitidos a centros hospitalarios para su atención, nos

motivó a realizar este trabajo, necesitando para esta investigación el uso de la Psicoterapia conductual para atender de forma convencional a estos pacientes en el servicio estomatológico.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención comunitaria en pacientes con retraso mental pertenecientes a la Clínica Estomatológica del Policlínico Universitario #2 en el periodo comprendido de enero del 2011 al 2012 con diagnóstico de caries dental. El universo y la muestra estuvieron constituido por 240 pacientes reuniendo los criterios de inclusión, teniendo en cuenta la voluntariedad del paciente o familiares. A los pacientes se les hizo un examen físico bucal exhaustivo para diagnosticar, además de una entrevista y la historia clínica individual, se precisaron las variables para el estudio: convencional, no convencional, ligero, moderado, severo, profundo, prótesis parcial y total y el uso de la Psicoterapia conductual. Se tuvo en cuenta el gasto económico en el hospital Celia Sánchez y Hermanos Cordovés por paciente en el caso de que fueran hospitalizados para el tratamiento. Los datos obtenidos se procesaron en una hoja de cálculo Microsoft Excel, empleándose como datos de resumen las medidas de frecuencias absolutas y relativas en tablas estadísticas.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra el universo de los retrasados mental que son de 240 pacientes, pero de acuerdo a la aceptación del tratamiento estomatológico de forma convencional o no en la clínica dental, se tiene 205, y no convencional 35 distribuidos por categorías.

Tabla 1. Universo de pacientes retrasados mental antes de aplicada la Terapia.

Retrasados Mental	Ligero	Moderado	Severo	Profundo	Total
Convencionales	157	38	10		205
No convencionales		21	3	11	35
Total	157	59	13	11	240

Fuente: Historia Clínica individual.

Con la aplicación de la técnica psicoterapia conductual se logró llevar 20 pacientes a convencionales teniendo un total de 225 y permaneciendo 15 no convencionales distribuidos por categorías (tabla 2).

Tabla 2. Despues de aplicada la técnica.

Retrasados Mental	Ligero	Moderado	Severo	Profundo	Total
Convencionales	157	57	11	--	225
No Convencionales		2	2	11	15
Total	157	59	13	11	240

Fuente: Historia Clínica individual.

La tabla 3 muestra 10 pacientes convencionales rehabilitados protésicamente.

Tabla 3. Pacientes retrasado mental convencional rehabilitados protésicamente.

Total de retrasados mental	De ellos convencionales	Rehabilitados protésicamente
240	225	10

Fuente: Historia Clínica individual.

La tabla 4 muestra 10 pacientes convencionales, de ellos 5 con prótesis parcial y 5 con prótesis total.

Tabla 4. Tipo de prótesis.

Tipo de Prótesis	RM Ligero
Prótesis Parcial	5
Prótesis Total	5
Total RM Rehabilitados	10

Fuente: Historia Clínica individual.

La tabla 5 muestra el impacto económico que produce la atención estomatológica de forma convencional en RM no convencionales en el área de salud al aplicar la técnica de psicoterapia conductual con un ahorro de \$ 3329,6.

Tabla 5. Impacto económico al aplicar la psicoterapia conductual en RM.

	Costo x dia	Costo x 4 días	Costo x 10 min	Ahorro
Cama x dia	\$34.82	\$139.28		\$139.28
Min quirúrgico	\$1.36		\$27,20	\$ 27.20
Ahorro por cada paciente hospitalizado				\$166.48
Ahorro por no hospitalizar 20 pacientes				\$ 3329,6

Fuente: Historia Clínica individual.

DISCUSIÓN

En el policlínico # 2 el universo de los retrasados mental son de 240 pacientes, pero de acuerdo a la aceptación del tratamiento estomatológico de forma convencional o no en la clínica dental, se tiene 205, y no convencional 35; distribuidos por categorías, 157 RM ligeros convencionales, RM moderados 59, de ellos 38 convencionales y 21 no convencionales; RM severo 13, de ellos 10 convencionales y 3 no convencionales y RM profundos 11, todos estos datos antes de ser aplicada la técnica de psicoterapia conductual.

Se utilizó la técnica de psicoterapia conductual llevándose a cabo en la misma el mecanismo de moldeamiento el cual consiste en reforzar consistentemente conductas semejantes a la conducta que se pretende que el sujeto adquiera y eliminar mediante extinción aquellas que se alejan de la conducta deseada;¹⁶ para su uso se necesitó de un reforzador positivo (golosina, juegos, paseos, TV, música) mostrándose en que se logró llevar 20 pacientes a convencionales, teniendo un total de 225 y permaneciendo 15 en la categoría de no convencionales distribuidos por categorías, 157 RM ligeros convencionales, RM moderados 59, de ellos 57 convencionales y 2 no convencionales; RM severo 13, de ellos 11 convencionales y 2 no convencionales y RM profundos 11.

La rehabilitación protésica resulta muy positivo en estos pacientes (RM leve y moderados) pues su estado mental y su salud en general se benefician contando siempre con el apoyo de sus familiares para el uso y cuidado de las mismas,¹⁷ lográndose 5 con prótesis parcial y 5 con totales los mismos recuperan su autoestima, su estado de ánimo cambia y la estética mejora, pudiendo ser considerablemente mejorados con educación y tratamiento

adecuado, de manera que aunque no pueda llevarse el paciente a una curación total, si ellos logran triturar bien los alimentos, su nutrición mejora considerablemente, desarrollando además una vida útil que lo haga personas felices y no una carga para su familia y la sociedad,¹³⁻¹⁵ mostrados en las tablas 3 y 4.

Los resultados obtenidos, mostrados en la tabla 5 evidencian el beneficio económico tanto para el paciente, familia y país y si se toma en consideración que al tratar los pacientes retrasados mentales no convencionales como retrasados mentales convencionales, se evita su hospitalización que significa un trauma tanto para el paciente como para la familia, ya que este tipo de paciente se caracteriza por ser extremadamente susceptible y temeroso lográndose un ahorro se \$166.48 por cada paciente tratado, por lo que si tomamos en consideración que hasta la fecha se ha tratado un total de 20 pacientes ello representa un ahorro económico de \$3329,6.

1 minuto quirúrgico incluye:

Material de cura utilizado.

Consumo de agua.

Uso de instrumental.

Gastos de teléfono.

Gastos de Medicamentos utilizados.

Gastos de consumo eléctrico.

Salario de enfermera.

Salario de auxiliar general.

Salario de anestesista.

1 día de cama incluye:

Ropa de cama.

Salario de enfermera.

Merienda desayuno.

Almuerzo.

Comida.

Gasto de teléfono.

Consumo de agua.

Consumo eléctrico.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta todo lo anterior se concluye que se logra llevar a clasificación de convencional a 20 pacientes clasificados como no convencionales, la educación para la salud de forma sistemática en discapacitados mentales y familiares resulta eficaz en el tratamiento, se logra rehabilitar protésicamente a 10 pacientes con discapacidad mental, el uso de la terapia conductual resulta sumamente positiva y necesaria en el tratamiento de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández A, Calleja-Pérez B. Retraso mental desde la atención primaria. Medicina Integral [revista en Internet] 2002 febrero. [acceso 04 de mayo de 2015]; 39(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-retraso-mental-desde-atencion-primaria-13028090>
2. Gestal JJ. Minusvalías físicas, mentales y sensoriales. En: Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8^a ed. Barcelona: Salvat; 1988. p. 805-33.

3. Sánchez L. Medicina general integral: Evolución histórica y concepto de la Medicina General Integral. En: Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 123-7.
4. Millán JC, Meleiro L, Quintana J, López MJ, Vázquez de la Parra P, López A. Discapacidad intelectual y envejecimiento: un nuevo reto para el siglo XXI. Revista Española de Geriatría y Gerontología [revista en Internet] 2003 septiembre. [acceso 04 de mayo de 2015]; 38(5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-discapacidad-intelectual-envejecimiento-un-nuevo-13053524>
5. Lao JI. Acercamiento diagnóstico y asesoramiento genético en el retraso mental. Rev Neurol [revista en Internet] 2001. [acceso 04 de mayo de 2015]; 33(1). Disponible en: <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2001328&vol=33&num=S1>
6. Ojembarrena E, Fernández de Pinedo R, Gorostiza E, Lafuente P, Lizarraga MA. Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosanitarios asociados. An Pediatr [revista en Internet] 2002 enero. [acceso 04 de mayo de 2015]; 56(5). Disponible en: <http://analesdepediatria.org/es/fracaso-escolar-adolescentes-factores-sociosanitarios/articulo-resumen/S1695403302778387/>
7. Aicardi J. Mental retardation. In: Diseases of the Nervous System in Childhood. 2nd ed. London: McKeith Press; 1998.p. 822-7.
8. Hagberg B, Kyllerman M. Epidemiology of mental retardation--a Swedish survey. Brain Dev [revista en Internet] 1983. [acceso 04 de mayo de 2015]; 5(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6686416>
9. Soto FJ. Nuevas tecnologías y atención a la diversidad: oportunidades y retos. Informe de la Dirección General de Enseñanzas Escolares.

- Murcia: Consejería de Educación y Cultura; 2007. Serie de Informes Técnicos: 143. [acceso 04 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.niee.ufrgs.br/eventos/CIEEE/2007/pdf/CE-%20143%20Espana.pdf>
10. Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Ley 51/2003 de 2 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 289, (03-12-03). [acceso 05 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://sid.usal.es/leyes/discapacidad/5979/3-1-2/ley-51-2003-de-2-de-diciembre-de-igualdad-de-oportunidades-no-discriminacion-y-accesibilidad-universal-de-las-personas-con-discapacidad.aspx>
11. Martin G, Pear J. Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla [monografía en Internet]. 8^a ed. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008 [acceso 04 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://hannibalpsike83.files.wordpress.com/2014/10/martin-pear-modificacion-de-conducta-8va-edicion.pdf>
12. Labrador FJ. Técnicas de modificación de conducta [monografía en Internet]. Madrid: Pirámide; 2011 [acceso 05 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=452312>
13. Larroy C. Técnicas operantes I: desarrollo de conductas. En: Labrador FJ. Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Pirámide; 2011.p. 287-312. [acceso 05 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=452312>
14. Méndez FX, Olivares J. Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca Nueva; 2001.
15. Psicopedagogía [sede Web]. Psicólogos Online: Psicología de la educación para padres y profesionales; 2012 [acceso 8 de abril de 2012]. Modificación y terapia de conducta. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta>

16. Casillas A. Programas de Modificación de conducta [tesis doctoral]. Guadalajara Jalisco: Centro Universitarios de Ciencias de la Salud; 2004 [acceso 8 de abril de 2012]. Disponible en: <http://gymboree1.tripod.com/id51.html>
17. Ferro MJ. Técnicas de Modificación Conductual aplicables en la clínica odontológica. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet] 2003. [acceso 5 de abril de 2009]; 43(2). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/tecnicas_modificacion_conductual_clinica_odontologica.asp

Recibido: 19 de septiembre del 2016.

Aprobado: 10 de octubre del 2015.