



Manejo psicológico del niño con discapacidad intelectual en la consulta estomatológica

Autores: Dra. Laura Manresa Malpica ¹ MSc. Dra. Odalys Martín Reyes ² Dra. C. Soledad Yanedy García Peláez ³

¹ Estomatóloga General Básico. Residente de primer año de Estomatología General Integral. Clínica Estomatológica "Reinaldo Aday". Filial de Ciencias Médicas de Nuevitas. Nuevitas, Camagüey, Cuba.

² Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Máster en MNT y Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Facultad de Estomatología. Departamento de Estomatología General Integral. Camagüey, Cuba.

³ Doctora en Ciencias Pedagógicas. Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Profesora Titular. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

Resumen

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el manejo psicológico del niño con discapacidad con el objetivo de describir el manejo psicológico de los niños con discapacidad intelectual en la consulta estomatológica. La atención odontológica de los pacientes con discapacidad intelectual, se complica en forma equivalente a la profundidad de la patología de la que son portadores y en especial a su grado de coeficiente intelectual, por lo que el manejo exitoso requiere de consideraciones especiales que el odontólogo debe conocer y aplicar. Se consultaron 12 referencias bibliográficas. Se concluye que el manejo de conducta de niños y adolescentes con discapacidad intelectual es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje. Este manejo tiene una influencia en el comportamiento del niño, aunque los padres y el entorno juegan un papel importante en la adaptación del paciente.

Palabras clave: MANEJO PSICOLÓGICO; DISCAPACIDAD INTELECTUAL; ODONTOPEDIATRÍA.



Introducción

Desde el inicio del triunfo de la Revolución cubana las continuas respuestas a las transformaciones del país fueron, en gran medida, generadoras de cambios y desarrollo de los actuales rumbos de la psicología, lo que le permitió incorporarse siempre con fuerza en todo el proceso del proyecto social revolucionario, como, por ejemplos, la introducción de esa ciencia en el sistema de salud, el estudio de género y comunidades desde nuevas perspectivas, la universalización de la enseñanza y la investigación de los impactos de los procesos migratorios, entre muchas otras funciones, todo lo cual ha posibilitado una mejor visión de la evolución de la psicología en la comprensión de las manifestaciones de la conducta humana. ¹

Una tarea permanente de la universidad cubana es cumplir con las ideas del gran maestro José Martí, cuando decía: "Educar es depositar en cada hombre toda la obra humana que le ha antecedido: es hacer a cada hombre resumen del mundo viviente, hasta el día en que vive; es ponerlo al nivel de su tiempo, para que flote sobre él, y no dejarlo debajo de su tiempo, con lo que no podría salir a flote, es preparar al hombre para la vida". ¹

En nuestro país, a pesar de la labor realizada por nuestro Ministerio desde el triunfo de la Revolución, para crear y desarrollar todos los Programas de Salud y, en especial, el Programa de Atención Estomatológica al menor de 15 años y, más recientemente, el Programa Nacional de Atención Integral de la Salud del Adolescente; aún persisten hábitos, opiniones, aptitudes y creencias erróneas e inadecuadas en gran parte de la población, constituyendo todas ellas verdaderas barreras psicológicas a enfrentar por el estomatólogo integral para su trato a niños y adolescentes. Por esta razón el tratamiento estomatológico infantil requiere necesariamente de la ayuda de los conocimientos psicológicos. ¹

La psicología de las edades constituye una disciplina científica que estudia las regularidades del desarrollo psíquico y sus leyes internas, partiendo del análisis de aquellas condiciones que explican de forma causal este desarrollo y que permiten caracterizar las diferentes etapas por las cuales transcurre, teniendo en cuenta el desarrollo científico contemporáneo que incluye las particularidades etéreas del desarrollo psíquico del hombre desde el nacimiento hasta la madurez; es indudablemente el dominio de las mismas y también del crecimiento y desarrollo general y cráneo-facial y del aparato masticatorio desde el mismo momento de la fecundación del óvulo responsabilidad del Estomatólogo General Integral, con el fin de alcanzar



mayor eficiencia y grado de satisfacción en correspondencia con las necesidades de salud de la población.²

Dentro de los problemas asociados a la Estomatología General Integral se encuentra el manejo del niño. Este manejo resulta de gran importancia, pues sin la adecuada colaboración del paciente las intervenciones dentales se tornan difíciles y a veces imposibles. Sucede a veces que el estomatólogo se muestra incompetente e incluso angustiado ante las dificultades que surgen en la atención de los niños; debiendo por ello realizar un intercambio activo con un ser inmaduro, cuyas reacciones están muy permeadas por la emoción, además de tener un dominio mucho menor que el adulto de sus temores; por lo que requiere de él una incursión en el maravilloso campo de la Psicología Infantil aplicada a la Estomatología, que le permita ampliar y profundizar en el conocimiento de algunos principios básicos del comportamiento humano en las primeras etapas de la vida, que sirvan de utilidad en la práctica sincera y cotidiana de la Estomatología General Integral.²

En los pacientes con discapacidad intelectual la problemática de la salud es más profunda y compleja que la del resto de la población y la relevancia no viene dada únicamente por la condición biopsicosocial y bucodental de estos niños y adolescentes, sino también por la falta de una adecuada atención odontológica para la demanda creciente que vienen afrontando.

La incidencia de caries, en términos generales, es mayor que en el resto de la población y aumenta de forma progresiva en función de la severidad de la discapacidad intelectual, la complejidad de su manejo y el grado de comunicación; del mismo modo, la enfermedad periodontal destaca por presentar una mayor incidencia y por su aparición a edades tempranas. Las maloclusiones son frecuentes y están relacionadas con el síndrome asociado, su gravedad se debe principalmente a su predisposición y a la ausencia de tratamientos.¹

La atención odontológica de los pacientes con discapacidad intelectual, se complica en forma equivalente a la profundidad de la patología de la que son portadores y en especial a su grado de coeficiente intelectual, por lo que el manejo exitoso requiere de consideraciones especiales que el odontólogo debe conocer y aplicar.

El objetivo de la investigación es: describir el manejo psicológico de los niños con discapacidad intelectual en la consulta estomatológica.



Desarrollo

El ejercicio de la Odontopediatría o Estomatología Infantil es una tarea difícil para un estomatólogo general u odontopediatra, porque no puede ni debe limitarse solo a la prevención y solución de los problemas buco-dentarios. Lleva implícito también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional, donde la relación humana estomatólogo-niño-padres es fundamental para el éxito del tratamiento estomatológico frente a las diversas situaciones. Para *Segar* la aplicación de los conocimientos de psicología favorece a una mejor integración de esta relación, pues permite un diagnóstico global, que envuelve síntomas somáticos y psicológicos que necesitan estar correlacionados.³

La relación entre el profesional y el niño puede considerarse como base fundamental para la prevención del miedo durante el tratamiento. En los niños hasta los 7 u 8 años de edad esta relación es mediada por los padres, haciendo que la misma asuma un formato triangular, principalmente cuando el paciente es incapaz de la verbalización y mantiene dependencia estrecha de la madre. La infancia es la edad que más requiere preparación psicológica por parte del profesional, y todo el desarrollo posterior del tratamiento dependerá de cómo fue la preparación inicial.³

En la presente revisión se estudiarán las diferentes alternativas de atención odontológica de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual, con la finalidad de proporcionar las herramientas a los profesionales que deseen profundizar o iniciarse en la atención de este tipo de pacientes a objeto de brindar una adecuada atención y de esta manera buscar nuevos caminos para mejorar la calidad de vida de estos niños y adolescentes con discapacidad y favorecer el progreso de la profesión odontológica.³

La discapacidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.⁴

La Discapacidad Intelectual (DI) según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, anteriormente denominada Asociación Americana de



Retraso Mental; se define como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, que abarca muchas habilidades sociales cotidianas y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años. ⁴

Características de los niños y adolescentes con DI

Existe una gran variabilidad en las actitudes y comportamientos. Por consiguiente, se han establecido niveles de DI generalmente en función del Coeficiente Intelectual (CI). Pueden especificarse cuatro grados de intensidad: leve, moderado, severo y profundo (tabla 1). ⁴

Tabla 1. Clasificación por grados y clasificación funcional.

Por grado	Funcional	Coeficiente Intelectual
Leve	Educable	50-69
Moderado	Entrenable	35-49
Grave	Entrenable	20-34
Profundo	Entrenable	Menos de 20

Ciertamente, la discapacidad que afecta a la población infantil constituye un problema de salud integral considerando el impacto negativo que determina sobre el niño, la familia y la comunidad, es por eso que, el bienestar de estos constituye una de las tareas más importantes de la sociedad ya que, la falta de asistencia médica, es causa de altos niveles de mortalidad, morbilidad y discapacidad. ⁵

A pesar de que no existen alteraciones bucales típicas o exclusivas en el niño y adolescente con DI, ellos están más expuestos a desarrollar patologías bucales con mayor frecuencia que el resto de la población. Esto es debido a que es bastante común una higiene bucal deficiente, una alta ingesta de carbohidratos y medicamentos que favorece el desarrollo de caries y enfermedad periodontal. Por otro lado, el manejo de la conducta dificulta el tratamiento odontológico por lo que muchas veces este no es llevado a cabo, debido al poco conocimiento del especialista de las técnicas adecuadas.

5

Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes con DI

Son medios disponibles, realizar una acción que cubra sus necesidades con formas de aplicación de intensidad y complejidad diversa y progresiva.



Las técnicas que permiten el manejo y tratamiento clínico odontológico de pacientes con DI son:

- Manejo conductual, la cual es más utilizada en pacientes con DI Leve o DI Moderado en los que se puede establecer un mínimo grado de comunicación.
- La restricción física, utilizada en cualquier grado de DI que así lo requiera para evitar lesiones durante el tratamiento dental.
- La sedación, empleada en pacientes con DI Moderado o DI Severo incapaces de cooperar y finalmente la anestesia general, la cual debe utilizarse cuando hayan fracasado todas las técnicas anteriores o bien cuando se trate de un tratamiento largo y complejo o en pacientes con DI Profundo. ³

Técnicas para el Acondicionamiento del paciente con DI

- Decir, Mostrar y Hacer: Esta técnica enseña al niño, paso a paso, lo que se espera de él en la consulta. Se le explica al paciente, con lenguaje comprensible de acuerdo a su CI, lo que se le va a hacer (Decir), luego se le hace una demostración de los elementos que se van a utilizar (Mostrar), y por último se procede a llevar a cabo lo explicado (Hacer). Cuando existe DI uno de los principales problemas es la pobre respuesta a las instrucciones, no es posible tener una comunicación verbal, puede aprender de mejor manera por medio visual. A través de la técnica decir-mostrar-hacer, el mostrar es mejor cuando se trata de niños y adolescentes con DI. ⁶

En esta técnica hay que considerar su coeficiente de inteligencia y grado de instrucción alcanzado, se debe hablar con lentitud y términos sencillos, dar una sola instrucción en cada orden y un premio tras cumplirla, y escuchar con atención, ya que hay que tener en cuenta que pueden tener problemas de comunicación, por lo cual es mejor las sesiones cortas. ⁷

- Reforzamiento Positivo: consiste en el fortalecimiento de un patrón de comportamiento que aumenta la posibilidad que en un futuro, se exhiba dicha conducta. El especialista debe recompensar el buen comportamiento del niño en la consulta odontológica, mostrando aprobación de los procedimientos realizados. Los reforzadores pueden ser de varios tipos; pueden ser reforzadores materiales como las recompensas y premios ante las conductas deseadas, de tipo social como las demostraciones verbales de afecto y no verbales, así como los elogios y pueden ser refuerzos de actividad que suponen la oportunidad de realizar una actividad deseada tras realizar la conducta adecuada. Es muy recomendable este tipo de reforzadores en pacientes con DI ya que incrementa las conductas deseadas. ⁷



- **Reacondicionamiento:** Está indicada en niños con experiencias previas poco agradables. Se utiliza una mezcla de diferentes técnicas para de esa manera lograr una mayor aceptación hacia la consulta odontológica. Esta técnica es recomendada en casos de niños y adolescentes que han sufrido malas experiencias, con el fin de reacondicionarlos lentamente, explicándoles de acuerdo al nivel de DI cada procedimiento, pero sin mentirles. Por ejemplo, que el niño con DI y el odontopediatra cuenten hasta cinco, se detienen, permitiendo que el niño levante la mano cuando quiera parar, sin dejar de establecer claridad sobre el hecho de que la persona que manda es el odontólogo. ⁷
- **Modelamiento o Imitación:** Consiste en la modificación del comportamiento; a través de ello, el paciente puede familiarizarse con la situación odontológica, observando a otros niños en vivo o a través de un video, con un comportamiento igual al que se espera de él, mostrándole el procedimiento a realizar antes de llevarlo a cabo. Usado en los pacientes con DI en cuya edad mental haya un entendimiento de representaciones simbólicas de su medio ambiente. ⁷
- **Moldeamiento:** esta técnica es el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones a la conducta blanco (conducta que se desea instaurar) hasta que esta aparezca en el repertorio de conducta es decir se instale. Por ejemplo si queremos enseñarle a un paciente correctamente la técnica de cepillado, debemos primero especificarle que deseamos que aprenda a cepillarse los dientes de manera adecuada y hacer hincapié en la importancia de un buen cepillado para su salud oral, luego le explicaremos la forma en que debe agarrar el cepillo, una vez que lo sostenga bien lo recompensaremos haciéndole saber que lo hizo apropiadamente, posteriormente le enseñaremos a realizar vibración y barrido en cada zona ordenadamente por cuadrante reforzando cada vez que lo haga adecuadamente y corrigiéndolo cuando se equivoque hasta que el paciente domine correctamente la técnica de cepillado. ⁷
- **Corrección Física:** Consiste en llevar físicamente al paciente a realizar la actividad esperada, no efectuada por el niño después de una instrucción o corrección verbal. Debe de ir acompañado con cierta fuerza, teniendo especial cuidado de no causar dolor ni lastimar al niño. Esto se recomienda solo en pacientes con DI leve o moderado. ⁸
- **Extinción:** es la eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba. La manera más efectiva de erradicar una conducta reforzada anteriormente es ignorándola y para ello se debe ser constante y persistente. Un ejemplo de esta técnica lo representa el paciente infantil que llora durante el tratamiento y el operador sin querer refuerza la conducta atendiéndolo, consintiéndolo o diciéndole que no llore,



cuando se da cuenta decide utilizar un programa de extinción para disminuir la conducta del llanto, ignorando el llanto, aplicando las siguientes medidas: antes que el niño llore se le realizan preguntas de su interés (mascotas, juguetes, etc.), sigues realizando el procedimiento y actuar como si no oyera los llantos, perseverar hasta lograr la extinción del llanto. Este método en los niños con discapacidad se realiza cuando presentan conductas que se manifiestan con rabietas, pataletas, lloros, pero sin manifestaciones agresivas. ⁸

- **Reforzamiento de Conductas Incompatibles:** Es la disminución de una conducta que es incompatible con la conducta que deseamos modificar. Se aplica reforzando al paciente por cualquier otra conducta diferente a la conducta inapropiada que se quiere modifica. Por ejemplo, al niño que acostumbre agarrarle la mano al operador para intentar retirarla mientras se le está trabajando en boca, se le pide que coloque la mano en la barriga y se le refuerza el buen comportamiento diciéndole que es un niño muy obediente por ponerse las manos en la barriga. Esta técnica funciona en pacientes con DI que puedan comprender el significado de los procedimientos dentales y cuya comprensión del lenguaje no sea limitada. ⁸

- **Desensibilización:** esta técnica se emplea para reducir los temores y tensión del paciente. Se logra enseñando una respuesta competente como la relajación, y luego se introducen progresivamente estímulos más amenazantes a medida que el paciente se desensibiliza. Se realizan procedimientos fáciles y menos amenazantes dejando los más difíciles para más adelante. Presentando primero el espejo, pinza, conos de goma y luego el explorador, la turbina, jeringa, etc. Se emplea mostrando y poniendo en funcionamiento las partes del equipo dental cuando el paciente tiene una DI leve o DI moderada. ⁹

- **Restricción Física:** la restricción física supone cualquier método manual, físico o mecánico aplicado al paciente con discapacidad para inmovilizarlo, parcial o totalmente, con el fin de protegerlo a él, al especialista y su equipo mientras se le proporciona atención odontológica. Deberá obtenerse antes de comenzar el tratamiento el consentimiento informado de los padres o responsables del paciente especificando el tipo de inmovilización que se va a realizar. Está indicada en pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental y contraindicada en pacientes cooperadores o aquellos donde no hay posibilidad de hacer una inmovilización segura debido a sus condiciones médicas, psicológicas o de desarrollo físico. Nunca debe ser aplicada como castigo, ni de forma exclusiva como conveniencia



personal. Este es el último recurso, no es recomendable, pero en casos de emergencia, la prioridad del tratamiento nos puede llevar a ejecutarla. ⁹

- Técnicas de pre medicación oral: Además del manejo psicológico del comportamiento del niños y adolescente, y aún con la ayuda de la restricción física, el tratamiento de buen número de pacientes con DI no puede realizarse de manera óptima, debido a que muchos de estos muestran gran resistencia emocional y/o física y una capacidad de comprensión y comunicación limitadas, así como un grado de colaboración escaso. Esto, los hace ser candidatos frecuentes al empleo de fármacos, como las benzodiazepinas, que permitan la relajación del paciente. Tal es el caso de los pacientes con DI Moderado cuya alternativa de atención odontológica es la premedicación oral, además de las anteriormente nombradas. Siempre en interconsulta con el pediatra o anestesiólogo, ya que se podrían presentar complicaciones médicas que deben ser resueltas interdisciplinariamente. ⁹

- Técnicas de Sedación: En muchas ocasiones, cuando el grado de discapacidad a nivel cognitivo es alto y existe falta de comunicación o incapacidad para controlar los movimientos involuntarios, se hará necesario recurrir a la ayuda farmacológica para realizar en las mejores condiciones el tratamiento odontológico. Esta es la alternativa de atención odontológica en niños y adolescente con DI Moderado o DI Severo incapaces de cooperar. En Venezuela según la legislación vigente y la doctrina imperante en nuestro país, esta técnica sólo puede ser ejecutada por un Médico especialista en Anestesiología. Los objetivos de la sedación en pacientes pediátricos son: proveer, facilitar y aumentar un buen cuidado del paciente; minimizar los comportamientos extremadamente disruptivos; promover una respuesta positiva al tratamiento odontológico; promover el bienestar y la seguridad del paciente; garantizar que el paciente regrese al estado fisiológico que presentaba antes de la sedación. ¹⁰

- Técnicas de Anestesia General: La anestesia general es un estado de pérdida de la conciencia inducido por fármacos durante el cual el paciente no puede ser despertado ni aún con estímulos dolorosos. Es un estado transitorio, reversible, de depresión del sistema nervioso central inducido por drogas específicas y caracterizado por pérdida de la conciencia, de la sensibilidad, de la motilidad y de los reflejos. En este estado existe analgesia, amnesia, inhibición de los reflejos sensoriales y autónomos, relajación del músculo estriado y pérdida de la conciencia. Habitualmente hay incapacidad para mantener la respiración en forma independiente ya que la droga induce depresión respiratoria, requiriéndose asistencia para mantener la permeabilidad de la vía aérea y



presión positiva para permitir la respiración. La función cardiovascular puede estar disminuida. Esta es la técnica indicada en casos donde la colaboración o tolerancia del paciente son casi nulas o la discapacidad psíquica es muy severa, siendo esta la alternativa de atención en niños y adolescentes con DI profunda. Cuando el tratamiento bucal es efectuado bajo anestesia general o sedación profunda, está a cargo un médico anesthesiólogo con entrenamiento en anesthesiología pediátrica, quien se encarga de los cuidados preoperatorios que estos pacientes requieren y forma parte del equipo interdisciplinario.^{10,11}

- El protocolo de atención para pacientes que requieren esta modalidad es: preparar al paciente para el monitoreo por medio de oxímetro de pulso, tensiómetro y cardioscopia, tomar una vía en el dorso de la mano para el suministro endovenoso de medicamentos, intubación del paciente, colocación del packing bucofaringeo para la protección del paciente, ya que este impide el paso de restos de material de deshecho dental y de obturación a las vías respiratorias y faringe para posterior realización del tratamiento dental completo.¹²

Un cambio de actitud en el odontólogo con relación al paciente con discapacidad intelectual, que le permita implementar un manejo individual con variadas posibilidades de tratamiento; contribuye a que se les considere un grupo prioritario en los planes y programas de los servicios de salud oral, con ello se favorece a que disminuya progresivamente el aislamiento en el cual se encuentran actualmente y mejoren sus condiciones de salud bucal.

Conclusiones

El manejo de conducta de niños y adolescentes con discapacidad intelectual es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje. Este manejo tiene una influencia en el comportamiento del niño, aunque los padres y el entorno juegan un papel importante en la adaptación del paciente. Además, requiere conocimientos adicionales para brindarle una atención integral a esta población que redunde en el mantenimiento de la salud bucal.

Referencias bibliográficas

1. Chávez Taset I, Tamayo Sánchez MY, Zamora A. El retraso mental y su relación con la Estomatología. Multimed [Internet]. 2017 [citado 5/05/2021]; 21(4): 342-344. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2017&q=manejo+psicoló



[gico+del+niño+con+discapacidad+intelectual+en+estomatología#d=gs_qabs&u=%23p%3D6zzHESMcT-MJ](#)

2. Ramírez Romero RF, Montece Seixas ER, Suárez Acebo ED, Montece Ochoa ER. Manejo del temor en la consulta odontopediátrica. Polo del Conocimiento [Internet]. 2017 [citado 5/05/2021]; 2 (7): 63-74. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2017&q=manejo+psicologico+del+niño+&hl=es&as_sdt=0,5#d=gs_qabs&u=%23p%3DwoNOh5BFw9cJ

3. Cercado Palacios CE. Factores que influyen en el comportamiento infantil durante la consulta odontológica. [Trabajo de grado previo a la obtención del título de Odontóloga] Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/49786>

4. Ortiz Quiroga DM, Ariza Y, Pachajoa H. Evaluación de discapacidad en los defectos congénitos: una mirada desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Rev Cienc Salud [Internet]. 2017 [citado 5/05/2021];15(1):23-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5372>

5. Coronel CP. Problemas emocionales y de comportamiento en niños con discapacidad intelectual. Revista electrónica de psicología Iztacala [Internet]. 2018 [citado 5/05/2021]; 21(3): 1119-1136. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2017&q=niños+con+discapacidad+intelectual&oq=manejo+psicologico+del+niño+discapacitado#d=gs_qabs&u=%23p%3DkvCoxiSpiegJ

6. Perero Merejildo NY. Evidencias científicas de la técnica ver, mostrar y hacer en niños con capacidades especiales. [Trabajo de grado previo a la obtención del título de 7. Odontóloga] Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología; 2021. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51921>

8. Román Delgado MR. Técnicas Comunicativas para el Manejo de Conducta en la Consulta Odontológica Pediátrica. [Trabajo académico para la obtención del Título de segunda especialidad en Odontopediatría] Tacna, Perú: Universidad Privada de Tacna Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Odontología; 2019. Disponible en:

https://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2017&q=manejo+psicologico+del+niño+&hl=es&as_sdt=0,5#d=gs_qabs&u=%23p%3DJhWneW22H1oJ

9. Silva Benítez EL, Soto Sainz JE, Salazar Márquez R, Félix Cárdenas M. Manejo



odontológico de paciente con discapacidad intelectual moderada secundaria a autismo. Revista Tamé [Internet]. 2020 [citado 5/05/2020];6(20):804-808. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=91830>

10. Martínez Gómez MP. Manejo de la conducta mediante hipnoanalgesia en pacientes pediátricos de la facultad de estomatología BUAP. [Tesis que para obtener el título de Licenciado en Psicología] Puebla, México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Psicología; 2018. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2017&q=manejo+psicológico+del+niño+con+discapacidad+intelectual+en+estomatología#d=gs_qabs&u=%23p%3Dfj0Px8e63YYJ

11. Alvarado Quimí PJ. Criterios actuales para el manejo odontológico de las personas con discapacidad. Trabajo de grado previo a la obtención del título de Odontóloga] Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/29460>

12. Lopez Silva CP. Manejo odontológico de pacientes con necesidades especiales en Colombia. CES Odontología [Internet]. 2018 [citado 5/05/2020];31(2): 64-65. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2017&q=manejo+odontológico+del+niño+con+discapacidad+intelectual&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DbywXe21rdCgJ