



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EL NIÑO CON DEFICIENCIA MENTAL EN LA ODONTOLOGÍA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

COLLADO VIOLANTE, ROSA MARIA

Ciudad Universitaria, México, Distrito Federal,

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



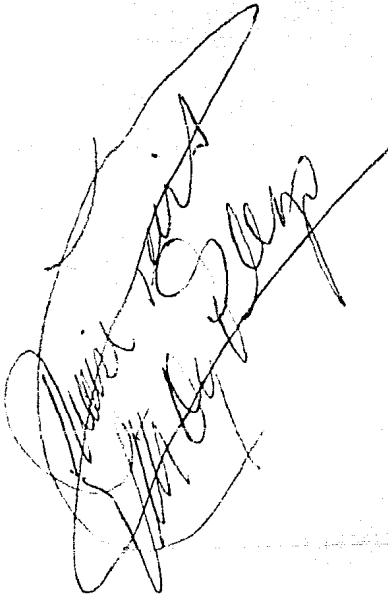
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

109
205



DESEO MANIFESTAR MI AGRADECIMIENTO A TODOS AQUELLOS QUE DE ALGUNA FORMA ME PATENRIZARON SU APOYO Y AYUDA PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

MUY ESPECIALMENTE QUIERO EXPRESAR MI RECONOCIMIENTO A MI MADRE, MI HERMANO LORENZO Y MIS DEMAS HERMANOS, ASI COMO A MI TIA VICTORIA.

14336

INDICE

- I.- INTRODUCCION
- II.- DEFICIENCIA MENTAL
- III.- ETAPAS FUNDAMENTALES EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE
- IV.- PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE LA PLACA
- V.- ENSEÑANZA DEL PROGRAMA DEL CONTROL DE LA PLACA A -
LOS PADRES Y AL PERSONAL DE ENFERMERIA
- VI.- EL PAPEL DEL AYUDANTE DENTAL EN EL TRATAMIENTO DEL
PACIENTE CON DEFICIENCIA MENTAL
- VII.- TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DEFI
CIENCIA MENTAL
- VIII.- CONCLUSIONES
- IX.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El presente trabajo pretende ser un estudio que contemple los diversos aspectos necesarios para la atención dental adecuada de niños con deficiencia mental.

Estos pacientes, por las circunstancias propias de su estado, requieren de una atención particular, tanto en la terapia como en la forma de inducirlos al tratamiento, por lo que se requiere de una preparación especializada del Odontólogo y de su equipo auxiliar.

En cuanto a la profilaxis dental de estos pacientes, exige de un proceso de educación condicionado a sus circunstancias, debiendo dedicar especial empeño y paciencia, que normalmente no se le tiene a otro paciente.

El aspecto principal de la terapia dental para estos niños, no radica principalmente en el tratamiento de las enfermedades bucales sino en la forma de controlar las variaciones de conducta que en el curso del tratamiento pueden presentarse.

A causa de la falta de medio adecuados como son entre otros, la carencia de una amplia bibliografía y la poca diversidad de otros estudios relativos, no obtuvimos los logros en la profundidad que hubiéramos querido, sin embargo deseamos que con este estudio, motivemos de alguna manera para que se realicen las investigaciones, así como su sistematización a fin de poder brindar la atención especializada a los deficientes mentales.

DEFICIENCIA MENTAL

ANTECEDENTES:

Los antecedentes de la deficiencia mental se conocen desde tiempos bíblicos y se hace referencia a ella - tanto en la literatura griega como en la romana, el auge del interés en esta afección fué en la primera mitad del siglo pasado. El interés comenzó en Francia y en Suecia y se diseminó a otras partes civilizadas de Europa y posteriormente a Estados Unidos de Norteamérica, cuando un médico norteamericano, Samuel Gridley Howe, comenzó a -- fundar instituciones residenciales para el cuidado de -- los deficientes mentales.

Aunque el número de estas instituciones aumentó - mucho en Estados Unidos de Norteamérica durante las postrimerías del siglo XIX y en el Siglo XX, se observó que no se obtenía gran éxito en la rehabilitación de los niños afectados. Parecía que los problemas principales de los malos resultados eran la falta de una evaluación multidisciplinaria y de prescripción terapéutica, así como las esperanzas demasiado optimistas de los profesionales.

Después de la segunda guerra mundial, los padres de los deficientes organizaron asociaciones a nivel nacional, estatal y de la comunidad con el objeto primario de rehabilitar a los niños con deficiencias. Tanto los - padres como los profesionales dedicados al cuidado de los deficientes pensaron que estos niños deberían ser rehabilitados en sus propios núcleos o cerca de ellos estableciendo centros pequeños que suministrarían programas de rehabilitación total.

Para poder lograr la rehabilitación dentro de la-

comunidad, se requerían recursos y actividades. Se reco
nocío la necesidad de contar con más profesionales médi
cos y paramédicos para lograr estos objetivos. Se intro
dujeron en la legislatura proyectos para el apoyo de --
este propósito; en particular, se promulgó la ley para
la construcción de medios en la comunidad, esto condujo
al establecimiento de un número limitado de unidades afi
liadas a universidades para que pudieran formarse exper
tos en las áreas del comportamiento y biomedicina para
el auxilio de la misión fundamental: la capacitación de
profesionales y personal de capacitado que prestaría al
inhabilitado y a sus familiares, especialmente a nivel-
de la colectividad.

B) DEFINICION , DESCRIPCION DE CONCEPTOS.

El retardo mental se refiere al funcionamiento -
intelectual general significativamente menor que el pro
medio, coexistiendo con deficiencias en el comportamien
to adaptativo, manifestadas durante el período del desa
rrollo.

"Funcionamiento general intelectual significati-
vamente menor que el promedio" se refiere a un cociente
de inteligencia menor de 70 y representan dos o más des
viaciones estándares (1 D.E.= 15 ó 16 I.Q.) con rela-
ción a la media o promedio de las pruebas, que es 100.-
Las pruebas empleadas con mayor frecuencia para el desa
rrollo y para describir su coeficiente en los tres pri-
meros años de la vida son las pruebas de Cattell, Gesell
y Bayley. Aunque estas pruebas se enfocan a capacidad-
sensorial y motora, son indicadoras fieles de la defi-
ciencia mental, así como el grado de la misma. Sin em-
bargo estas pruebas de desarrollo infantil no son indica
doras precisas de niveles por encima de lo normal y su-
perior. Por esto, son útiles para el nivel actual de --

funcionamiento normal, y poder empezar la rehabilitación en forma más realista.

En los preescolares y escolares, la prueba de inteligencia de Stanford Binet (2 a 16 años) y la escala de inteligencia Wechsler (WPPSI) (de 4 a 6 1/2 años) y la escala de inteligencia Wechsler para niños de 5 a 16 años) (WISC), se usan para determinar niveles de la función mental como un antecedente para los programas de rehabilitación, de tal forma que los niños no sean sometidos a situaciones demasiado por encima o por abajo -- de su capacidad. Aunque existen argumentos válidos en contra de la utilización de pruebas formales con una -- norma para valorar la capacidad mental, sirven para lo que fueron establecidas, la predicción de la capacidad escolar.

En la actualidad, no existen un solo cociente de inteligencia para niños. Tanto la escala de Stanford -- Binet como la de Wechsler están formadas por cierto número de subpruebas que miden diversos aspectos del funcionamiento mental. La prueba de WISC se compone de subpruebas de cociente de inteligencia completas, verbales y de ejecución. Este perfil es la suma de 12 subpruebas, 6 verbales y 6 de ejecución. Si este perfil resulta homogéneo y no muestra gran variación en el funcionamiento mental, es posible presumir que el niño posee la capacidad de inteligencia para desempeñarse satisfactoriamente en la escuela. Otros factores se deberán ser considerados son motivación, oportunidad, estabilidad emocional, sensorial y otros. Si existe una variación significativa o "diseminación" de los resultados al compararlos con la capacidad verbal o dentro de las subprue-

bas mismas, el niño presenta gran riesgo de estar incapacitado para aprendizaje. Debemos hacer constar que -- el problema de aprendizaje en el niño deficiente se refiere a una depresión general significativa de sus capacidades cognitivas (deficiencia global), mientras que la "incapacidad para el aprendizaje" se se refiere al niño con inteligencia global normal, pero que presenta deficiencias específicas cognitivas de percepción que pueden impedir el aprovechamiento escolar normal a nivel del cociente de inteligencia global previsto.

La escala de inteligencia, de Weschster, para -- adultos (WAIS) es la prueba psicológica para determinar la capacidad de inteligencia del adolescente y del adulto (mayor de 16 años)

La segunda porción esencial de la definición que existe simultáneamente con deficiencia en la conducta de adaptación, se refiere al individuo que posee independencia personal y responsabilidad social de acuerdo con su edad y su grupo cultural (10). En la lactancia y en la etapa preescolar las deficiencias se miden por los logros en el desarrollo del lenguaje y las capacidades sensoriales y motoras. Ejemplos de estos logros fundamentalmente serían la edad en que los niños emplean el lenguaje a base de gesticulaciones (cuando dicen -- "adios" o juegan a las "manitas calientes")., transfieren un objeto, utilizan un movimiento de pinzas manual, caminan solos o cooperan al vestirse. En años escolares, la conducta adaptativa se mide por el ajuste social y económico, la capacidad de ganarse la vida en un trabajo competitivo, mantener una familia independientemente y convertirse en parte funcional del grupo social.

La tercera parte de la definición, durante el -- período de desarrollo, define el límite de la edad de -

éste como el de los 18 años.

Por esto, para que un individuo actúe como deficiente mental y sea considerado como tal deberá poseer las tres características: cociente de inteligencia menor de dos desviaciones estándares del promedio (I.Q. menor de 70), manifestar antes de los 18 años de edad y acompañadas de deficiencias en la conducta adaptativa.

C) FRECUENCIA.

Según la distribución de las desviaciones de la prueba de cociente de inteligencia basadas en la curva normal de probabilidad de inteligencia, aproximadamente 3 por 100 de la población total presenta cocientes de inteligencia menor de 70, y para los fines de este planteamiento, tal cifra puede ser empleada indistintamente en lo que se refiere a la deficiencia mental. Se puede --- afirmar que existen aproximadamente seis millones de personas que funcionan por abajo del nivel I.Q. de 70. De éstas, 85 a 89 por 100, o sea 5.5 millones, son levemente deficientes, o sea que son mentalmente educables y tienden a encontrarse en los niveles sociales económicos bajos. El 11 a 15 por 100 restante, o sea 0.5 millones, lo forman los grupos con graves deficiencias mentales. Tales grupos se encuentran en todos los grupos socioeconómicos e incluyen la mayor parte de la población con deficiencias que presentan aberraciones bioquímicas o cromosómicas asociadas.

D) CLASIFICACION

Se ha clasificado la deficiencia mental en cuatro categorías empleando dos desviaciones estándares, o sea, un cociente de inteligencia inferior a 70 como un subpromedio general del funcionamiento intelectual.

Los sujetos con deficiencia mental mínima presentan cocientes de inteligencia de 69 a 55; los deficientes mentales moderados o susceptibles de capacitación presentan cocientes de inteligencia de 54 o 40; los deficientes mentales graves presentan cocientes de inteligencia de 39 a 25; y los profundamente deficientes tienen cocientes inferiores a 25.

Sujetos que presentan deficiencias mentales mínimas. El prototipo del grupo DMM (también deficientes mentales educables DMM), también puede ser la persona con privaciones psicosociales o culturales. Los objetivos para la persona DMM son independencia económica y social, siendo la disciplina principal la educación. Un problema principal es el reconocimiento oportuno de estos niños durante la infancia y los años --- preescolares, ya que estos no se encuentran significativamente por abajo del promedio. Se les reconoce durante el Kinder y el primer año cuando son enfrentados con cuestiones académicas o cuando se les administran pruebas de cociente de inteligencia. El educador especial puede ofrecer mucho a los DMM durante los años de educación formal, mediante la rehabilitación vocacional y ayudando a su preparación para un oficio adecuado y ventajoso, permitiendo que el DMM puede integrarse a la sociedad.

Sin duda, la medicina preventiva se adelantará presentando algún plan de salud mental integral preparado.

Se puede prever que el niño con DMM se desarrollará hasta alcanzar 50 a 75 por 100 de la inteligencia normal, alcanzando así la edad cronológica de 16 años el desarrollo mental de un niño de 8 a 12 años. -

Utilizando esta "regla de 5" (restando 5 a ños de la - - edad mental), se puede convertir la edad mental en un -- grado o nivel en el cual puede funcionar el niño.

El grupo DMM es capaz de funcionar a nivel del -- tercero a sexto grado. Por, esto, la mayor parte posee el potencial de ser alfabetizados, comprensión de la lectura del cuarto o quinto grado y el obejetivo educacional de leer para obtener información, pero no por gusto. El plan de estudios general está encaminado hacia el cuarto grado y pocos DMM llegan a alcanzar niveles mayores. Esto es importante ya que al llegar a adultos deberán llenar formas, buscar empleo, desarrollar y conservar actividades sociales. Con rehabilitación adecuada, aproximadamente de 80 por 100 podrán casarse y suelen hacerlo -- con personas con cociente de inteligencia mayores y engendran hijos normales. Cuando los empleos son abundantes, - el nivel o porcentaje de ocupación de los DMM es alto; - cuando los empleos escasean sucede lo contrario y el trabajador DMM es de los primeros que pierden su ocupación.

Se han hecho estudios con este tipo de sujetos -- que presentan deficiencias mental mínima, comprobándose que si ejercitan sus facultades visomotoras llegan a ser muy buenos artesanos, aunque muchos de ellos se ocupan - en trabajos domésticos o que requieren poca o ninguna -- habilidad. Pero como afirmamos anteriormente si son - - rehabilitados estos sujetos, podrán ser ocupados en em--pleos de servicio tales como jardineros, meseros, conductores de automóviles, etc.

Los DMM son desde luego merecedores de los dere--chos otorgados a la población en general. Necesitan de--sesperadamente ayuda para la planificación familiar. Por ejemplo, al casarse, las circunstancias socioeconómica -

culturales son tales que pueden obtener la información y poner en práctica las medias contraceptivas apropiadas. La más apropiada es la contracepción reversible. La píldora anticonceptiva tiene poco o ningún lugar dentro del campo de los deficientes mentales, ya que este método requiere supervisión considerable. El más adecuado para el control de la natalidad es el aparato intrauterino que puede ser colocado y retenido en el útero nulíparo. Otro método contraceptivo, pero limitado a estudios clínicos es la inyección periódica de un esteroide progesterónico, Depo-provera, que puede ser aprovechado una vez que se hayan estudiado las complicaciones a largo plazo.

Para la integración o normalización del deficiente mental susceptible de ser educado, no es prudente y está contraindicado aplicar esterilización permanente o anticoncepción irreversible. Existe la posibilidad de que ocurra la muerte o el divorcio, y si se emplearan procesos irreversibles podría resultar perjudicial para los planes matrimoniales futuros del individuo.

El deficiente mental susceptible de ser capacitado.

El deficiente mental capacitado (DMC) desarrolla entre 40 y 60 por ciento de la inteligencia normal y alcanza una edad mental entre 4 y 8 años al llegar a adulto; esto no les permite realizar estudios académicos formales. Mientras que el individuo deficiente mental no suele ser descubierto hasta que se enfrenta a labores académicas; el deficiente mental susceptible de ser capacitado puede ser identificado fácilmente por el padre y el pediatra durante la infancia y la niñez, debido a un gran retraso en su desarrollo. El lenguaje pare

ce ser la clave para señalar al niño que se desarrolla a este bajo nivel. Los deficientes mentales de esta categoría no suelen emplear frases de dos palabras hasta después de cumplir cuatro años de edad. Como el deficiente mental capacitado nunca alcanza la edad mental de ocho años cuando cronológicamente tiene 16, suele permanecer analfabeto. Son incapaces de leer para obtener información. Sin embargo, la mayor parte posee el potencial de aprender la escritura y la lectura funciona les como un método adicional de comunicación. Esto les proporciona un medio de protección contra situaciones peligrosas, ya que les permite leer letreros en la calle y señales de tránsito. La meta de los individuos de este grupo es el perfeccionamiento de conocimientos para ayudarse así mismos, conocimientos sociales y de comunicación para trabajar y vivir en un ambiente. A diferencia del que es susceptible de ser educado, el que solamente es susceptible de capacitación siempre requerirá supervisor (Hermano mayor o figura paterna) para ayudar a desarrollar las actividades cotidianas.

Además debido a su mala capacidad de comunicación, algunos desarrollan conductas especiales que pueden ser interpretadas como de origen psiquiátrico por profesionales que desconozcan los patrones de conductas aberrantes encontradas en este grupo. Estas conductas comprenden por ejemplo girar la cabeza, morder, mecerse y agitarse, jugar con los dedos frente a los ojos y otros métodos de autoestimulación. La esperanza de lograr la estimulación puede ser transferida a los padres sin querer, los cuales, a su vez, desarrollan una actitud optimista no realista. Así, es posible ver las contribuciones valiosas que el psicólogo de la conducta puede hacer en beneficio de estos niños y sus familiares. Mediante la --

utilización del condicionamiento operante, muchas de estas conductas pueden ser reducidas o eliminadas para facilitar el trabajo en casa y propiciar la rehabilitación en la guardería, clases de capacitación formal, centros de capacitación vocacional, talleres protegidos y medios residenciales. Actualmente la mayor parte de este grupo se encuentra en instituciones a los 45 años de edad.

Por motivos de higiene personal un número significativo de mujeres DNC, son incapaces de tratar el problema de la menstruación, ya que la gran mayoría de las integrantes de este grupo no se casan - existen anticonceptivos irreversibles o esterilización permanente. Para las mujeres el método de elección es la histerectomía, ya que así se eliminan los problemas menstruales y se conservan las actividades hormonales por retención de los ovarios.

Aunque algunos ginecólogos realizan la operación en apremenstruales, la mayor parte espera hasta la menarca.

Los FMC, DMG y DMP presentan ciertas características, son hirsutismo (excesiva cantidad de vello en todo el cuerpo), retraso en edad ó sea, microcefalia, (circunferencia en el cráneo, dos desviaciones estándares menos que lo normal), dientes mal formados o displásicos, cilindodactilia (curva hacia adentro o hacia afuera de los dedos de las manos y pies), braquidactilia (acortamiento anormal de los dedos de las manos y pies), y Carotenemia (cantidad excesiva de caroteno en la sangre lo que produce una pigmentación en la piel similar a la intericia). La carotenemia suele verse porque las madres seleccionan alimentos en forma de pure con alto contenido de caroteno, tales como yema de huevo, zanahorias, calabazas y patatas dulces, ya que sus hijos con gran re-

traso mental suelen tardar mucho en poder masticar y -- aceptar los alimentos habituales,

Los deficientes mentales profundos graves se encuentran más limitados en sus capacidades para ayudarse así mismos, presentando un nivel muy pobre de comunicación adaptación social, de tal forma que la integración y el cuidado óptimo deberá ser en casa, en una guardería de la comunidad o en un medio residencial.

III ETAPAS FUNDAMENTALES EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Para que el dentista pueda apreciar el desarrollo atípico, anormal de desviado, deberá familiarizarse primero con las etapas del desarrollo fundamentales pertinentes. Como el crecimiento y desarrollo siguen un orden establecido, un niño de cierta edad deberá poder realizar ciertas funciones ya estandarizadas dentro de la población normal. Por esto, si se sigue el desarrollo según sus diversos parámetros - lenguaje, adaptación social y motor - puede observarse que el motor se presenta en el orden establecido, realizándose las funciones más simples y menos integradas antes que las más -- complicadas. Por ejemplo, el niño que balbucea "mama"- y "papá" sin motivo evidente a los 6 meses; pronuncia - mamá y papá en forma correcta a los 9 u 11 meses; posee un vocabulario no menor de 250 palabras y empleará - frases de tres palabras. Si el niño presenta retardo - en lo que respecta al lenguaje, el desarrollo ordenado - será retrasado en forma proporcional, Un niño deficiente mental capacitado que funcione aproximadamente a 50 por 100 del valor normal (cociente de inteligencia de 40 a 55) tardará el doble en alcanzar cada etapa así, será

capaz de balbucear a los 12 meses, pronunciará "papá y - mamá" aproximadamente a los 22 y enunciará una frase - - de tres palabras a los seis años. Las etapas fundamenta- les de adaptación y sociales también se apegan a un or- den confiable y seguro; sin embargo, las fundamentales - motores son menos valiosas para establecer el estado ac- tual del desarrollo y la predicción del desarrollo futu- ro. Esto se debe a que:

- a) Existen variaciones en la edad en que aparecen las - etapas fundamentales motoras.
- b) dos etapas fundamentales de desarrollo en particular, sentarse y caminar, aparecen con frecuencia a la edad promedio.

Debemos mencionar también que con el desarrollo - del lenguaje los sonidos vocales se adquieren antes que los consonantes. Aunque su aparición varía, Shank dá el cuadro aceptado, que es como sigue:

3 1/2 años: p, b, m, w, h
4 1/2 años: t, d, n, g, k, y
5 1/2 años: f, v, s, z,
6 1/2 años: l, z

Hasta ocho años: ch, r, j,

Los dentistas, al considerar el tratamiento del - niño con deficiencia mentales, deberán conocer las eda- des en que aparecen las consonantes para que sepan que - no existe necesariamente una deficiencia estructural bu- cal con habla desarticulada. Además los foniatras, debi- do a la etapas del desarrollo fundamentales de la articu- lación de las palabras, no suelen iniciar el tratamiento normal de foniatría (por ejemplo articulación) hasta que el niño haya alcanzado una edad mental de cinco o seis -

años, ya que es en este momento cuando el sistema neuro_lógico es capaz de enfrentarse mejor a las complicaciones neuromusculares de la articulación.

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LA PLACA

En la profesión dental, debe ocupar un sitio importante el control de la placa para los niños incapacitados, ya que la buena salud bucal es importante para la masticación adecuada, la digestión, el aspecto, del habla y la salud.

Muchos niños incapacitados se encuentran limitados para que por sí mismos, puedan asearse la boca adecuadamente, bien sea por problemas mentales o físicos. En estos casos, para la buena higiene bucal es necesaria la asistencia de otro individuo que asuma esta responsabilidad.

Para el eficaz control de la placa es importante buscar el ambiente relajado y agradable así como los momentos en que el niño presenta mayor receptividad. La madre o la auxiliar que tenga a su cargo tal tarea puede ayudar al relajamiento del niño manteniendo algún contacto físico (por ejemplo acariciándole la cara) y hablándole con voz bajo y calmada. El control de la placa diseñada por Johnson y Alberson deberá aplicarse diariamente en forma sistemática.

POSICION.

La persona que realiza los procedimientos de la higiene dental deberá tener pleno control de la cabeza y el cuerpo del niño, así como la máxima visibilidad.

La posición variará de acuerdo a la incapacidad del niño, su tamaño y su cooperación. Si se trata de un niño grande o de movimientos excesivos de la cabeza, podrá sentársele en una silla, mientras que el individuo responsable se situará de pie de trás de él, utilizando un brazo para sostener y apoyar la cabeza contra-

su cuerpo en el respaldo de la silla, Si se requiere --- apoyo para los brazos y piernas, podrá sentarse al niño sobre almohada, colocando ésta sobre el piso, con la espalda en una silla. La madre o la auxiliar se sentará en la silla y cruzará sus piernas sobre los hombros del niño, Si el niño está encamado o hipotónico, podrá ser colocado en posición supina sobre la cama o el suelo, -- mientras que la otra persona se inclina por encima del cuerpo del niño o por detrás de su cabeza. Una posi--- ción común es recostar al niño en un sofá o silla, con su cabeza en el regazo de la madre o de la auxiliar.

Es muy posible que no se encuentre la cooperación por parte del niño, para lo cual se requerirán de dos -- personas para proporcionar el suficiente control. Una de las personas podrá usar cualquiera de las posiciones men cionadas, en tanto que la otra sostendrá las extremida-- des. El pequeño podrá acostarse sobre el regazo de dos individuos, mientras que uno realiza el cepillado y la limpieza con el hilo dental, el otro le sujeta los brazos y las piernas.

En aquellos niños en que no es posible someterlos a alguna de las posiciones mencionadas, podrá emplearse aparatos de retricción. Estos aparatos se utilizan para sostener y reforzar la posición del niño así como para proporcionar protección tanto al menor como al individuo que realiza la higiene bucal. Habrá de procederse con -- cuidado al colocar el aparato, para evitar algún daño -- físico o mental. Si el niño se encuentra en silla de -- ruedas podrá emplearse tiras de metal suave, colocadas -- alrededor de la cinta, el brazo o los hombros. Puede -- envolverse al niño en una sábana, de tal, manera que se cubra todo su cuerpo para obtener un control, o lo que -- se podría agregar el empleo de una almohada para acojinar

la cabeza cuando exista excesivo movimiento.

Cuando el niño se niegue a abrir la boca, puede ser necesario colocar un abate lengua suavemente por dentro del carrillo hasta la rama ascendente y aplicar ligera presión. Si este método no dá resultado se podrá pellizcar la nariz o las mejillas. Una vez abierta la boca, se colocará un abrebocas para estabilizar el maxilar, él que podrá fabricarse colocando cuatro o cinco abatelenguas juntos y envolviéndolos con tela adhesiva y gasa en extremo.

APLICACION DE LA SOLUCION REVELADORA

La aplicación de la solución reveladora, constituye un buen auxiliar para observar la placa y evaluar la eficacia del empleo de la cera o hilo dental en el cepillado. La solución se aplica diluyéndola en agua en forma de tableta que pueda ser masticada; se aconseja al niño que se enjuague la boca con la solución o bien se le puede aplicar un hisopo de algodón; La utilización de una solución ayudará a reducir el sabor desagradable de la tableta y a distribuir uniformemente la solución reveladora.

CEPILLADO DE LOS DIENTES

La elección del cepillo y de la técnica, varían según la deficiencia del niño, su tamaño y el grado de cooperación. Se recomienda un cepillo blando multicerda de nylon, utilizando movimientos de arriba hacia abajo y viceversa. Cuando el niño se niegue a emplear el cepillo se aconseja limpiarle los dientes con un lienzo o un hisopo de algodón impregnado con abrasivo o gliserina con-

sabor a limón. El cepillo dental y los auxiliares adicionales pueden ser introducidos una vez que el niño ha ya aprendido a aceptar los procedimientos de higiene bucal.

Para los niños que desean ser autosuficientes, pero se encuentran limitados para el movimiento de las extremidades superiores, a causa de distrofia muscular, lesión de la médula espinal u otras parálisis, pueden acondicionarse cepillos modificados. Cuando exista limitado cierre de los dedos, podrá el diámetro del mango del cepillo ser aumentado, esponjoso o a una pequeña pelota de caucho colocada dentro de una lata. Si el niño incapacitado no puede asir, podrá envolverse una tira de Velcro alrededor de una mano, insertando el cepillo dental en una ranura por el lado palmar.

Independientemente de la técnica de cepillado, es muy importante que se establezca una técnica sistemática ejecutandola una vez al día como mínimo, preferentemente antes de acostarse. Para evitar el reflejo nauseoso deberá mojarse la visibilidad y se eliminará al necesidad de emplear un cuarto de baño; no se recomienda el uso de dentrífico.

EMPLEO DEL HILO DENTAL

Es muy recomendable para la eliminación de la placa interproximal el empleo de hilo dental. Cuando el niño coopera, deberá hacerse la limpieza con el hilo, envolviéndolo éste alrededor del dedo medio o amarrándolo en un pequeño círculo. Para el niño que no coopera, podrá emplearse un dispositivo especial, de tal manera que sujete al hilo dental, para que se pueda realizar la limpieza con una sola mano, en tanto la otra, queda-

rá libre para sujetar al niño. Aparatos para irrigación acuosa y aplillos colocados en mangos de plástico - pueden ser empleados para apoyar los procedimientos sistemáticos de control de placa.

APLICACION DE FLUORURO

Para la protección adicional del niño se recomienda la aplicación regular de fluoruro. El fármaco - puede prescribirse en forma de tableta masticable con - sabor o como un enjuague. Si el niño es incapaz de masticar podrá aplicarse una solución de fluoruro con un cepillo dentario o hisopo de algodón. La sósis diaria recomendada es una tableta o una cucharadita (5 ml.) de - enjuague por día. Ambas presentaciones contienen un mg. de fluoruro de 2.2. mg. de fluoruro de Sodio. Deberá - procederse con cuidado al emplear el enjuague cuando el contenido de fluoruro en el agua potable sea de 0.7 partes por un millón o más, al igual que en el caso de las tabletas cuando su contenido de fluoruro de sodio sea - mayor de 0.3 partes por millón.

CONSEJOS NUTRICIONALES

Muchos con deficiencia mental tienden a consu--mir dietas blandas y cariogénicas, por lo que las prác--ticas nutricionales son indispensables para el control--de la placa. El individuo responsable de la alimenta--ción, deberá conocer la relación existente entre los --carbohidratos refinados y la salud bucal, para que al -niño se le proporcione alimentos adecuados que eviten -la proliferación de la caries. Por ejemplo, papas, cacahuate, maíz tostado, frutas frescas y refrescos con sabor artificial que podrá utilizarse para sustituir al pastel, los dulces las galletas y las bebidas endulzadas con azucar

ENSEÑANZA DEL PROGRAMA DEL CONTROL DE LA PLACA A LOS PADRES Y AL PERSONAL DE ENFERMERIA.

Las técnicas para el programa de control de placa, variarán según el educador en materia de salud mental y las necesidades específicas de las personas implicadas. La comunicación con los padres y el personal de enfermería deberá incluir terminología sencilla, demostraciones con seguimiento lógico, y medios visuales asegurar el mayor grado de retención.

PADRES

Las visitas para el control de la placa deberán llevarse a cabo en una habitación que permita al Padre o a la Madre trabajar en un ambiente similar al del hogar. El número de visitas y el orden en que los procedimientos serán enseñados variarán según las necesidades bucales del niño, su comportamiento, su progreso y la distancia que habrá de recorrer la familia hasta el consultorio dental. Las visitas deberán programarse con la suficiente anticipación para dar tiempo a los padres de poner en práctica los procedimientos e identificar los posibles. De ser posible, los pacientes deberán ser dotados de los aparatos preventivos necesarios, los que deberán ser llevados a cada sesión. Podrá utilizarse el siguiente programa como guía:

Visita 1. Cuando el Padre o la Madre establezcan el primer contacto con el instructor, es indispensable establecer confianza y familiarizarse con cualquier peculiaridad del niño, así como con la actividad de la familia, sus experiencias y actitudes. La posición y colocación del abreboca, la aplicación de la solución reveladora y el cepillado dental, se enseñarán en la primera visita. Una vez conocidas varias técnicas y ensaya--

das, se elegirá la posición más adecuada. La utilización de la solución reveladora, se hará antes del cepillado de los dientes para permitir a los padres identificar la placa, a la vez de valorar la higiene bucal del niño. Se intentará primero el cepillado normal para tratar de eliminar la placa manchada, pero si no da resultado se sugerirá un método más eficaz. Los pasos preventivos deberán ser revisados para aclarar lo pertinente. Al término de la visita se darán instrucciones para elaborar un diario de la ingestión de alimentos del niño durante tres o cinco días.

Visita 2. Esta visita se inicia con la revisión y evaluación de las técnicas preventivas enseñadas en la 1ra. visita. Durante la revisión del manchado, deberá evaluarse la higiene bucal del niño. Si los padres demuestran la capacidad para eliminar la placa con un cepillo dental, se les dará a conocer la técnica del hilo dental, pero antes de emplearlo en la boca del niño deberán practicar sobre un modelo o en sus propias bocas.

Visita 3.- Puede ser coordinada con la 1ra. del niño para la restauración de su boca. Si el grado de avance de las técnicas antes mencionadas reflejan una limpieza adecuada se enseñará el uso de fluoruro, aplicado con la regularidad indicada, para los casos de niños con gran actividad de caries y aquellos que viven en zonas con poco fluoruro en el agua potable. El dentista iniciará el trabajo de restauración en tanto el instructor trata el diario de ingestión de alimentos con el padre o la madre, aprovechando la ocasión para hacer el análisis y dar consejos nutricionales. Según las necesidades bucales y la motivación, se volverá a programar otra visita para secciones de revisión adicio-

nal y para hacer restauraciones, o como una visita de control periódica.

Una madre con una familia grande o que trabaja, puede encontrar dificultad para disponer del tiempo necesario para el trabajo de salud bucal. En estas situaciones, la responsabilidad puede otorgarse al padre o alguno de los hermanos mayores. Otra posibilidad, cuando no se haya establecido aún los hábitos diarios, es limpiar los dientes del niño cada dos días y gradualmente llegar a hacerlo diariamente. En estas ocasiones, cuando el padre o la madre sea apático o temeroso de trabajar dentro de la boca del niño, podrá generarse entusiasmo e interés dándole instrucciones en el control de placa para sus propias necesidades bucales. El éxito del programa depende de la constancia de los padres, de su firmeza, delicadeza y paciencia.

PERSONAL DE ENFERMERIA

El paso para establecer un programa de control de placa para el niño institucionalizado es solicitar el apoyo de la administración o del director médico y su personal, o de todos ellos. Los datos relativos a la capacidad, comportamiento y programas de los niños, así como las responsabilidades, programa de trabajo, actitudes y nivel de educación de los auxiliares son necesarios para poder iniciar el programa.

Las secciones de capacitación deberán ser programadas en una sala de conferencias en el momento más conveniente para el personal auxiliar. Puede ser necesario realizar una junta por separado en cada turno o dividir a los miembros de cada turno en grupos y trabajar con uno a la vez. Resulta mejor limitar la junta a 15-

minutos, cada dos o tres semanas.

La 1ra. sesión deberá ser conducida por el director dental, para poder mostrar su apoyo y ganar la confianza del personal auxiliar. Esta presentación deberá explicar la filosofía de la odontología preventiva, y su utilidad para el niño dentro de una institución. Las siguientes sesiones de éste programa se realizarán con el instructor en materia de salud mental, haciendo demostraciones paso a paso del programa de control de placa.

Un programa eficaz deberá emplear diapositivas, papeles, cuadros, tablas con fieltro o películas para introducir los procedimientos específicos. El auxiliar deberá aprender una técnica a la vez y practicarla en su propia boca, la de un colaborador o en un tipodonto antes de trabajar con el niño.

Una vez que los auxiliares hayan demostrado eficazmente la técnica con varios niños incapacitados, -- el procedimiento se inicia diariamente bajo la supervisión del instructor dental. Cuando se haya adquirido habilidad, podrán presentarse las otras técnicas de la misma forma.

La falta de tiempo y de interés son los principales problemas a los que se enfrenta el instructor en materia de salud dental. El factor tiempo puede ser solucionado dividiendo las responsabilidades del programa entre todos los turnos. La actitud y el comportamiento del equipo dental desempeña un papel indispensable para crear interés y establecer una buena relación interdisciplinaria. Es importante asumir la actitud de ayudar -- a los auxiliares a proporcionar mejor salud dental a -- los niños, en lugar de ordenarles lo que deben hacer --

y cuando lo deben hacer. deberán ser consultados al tomar decisiones con respecto a problemas específicos - - (por ejemplo, la utilización de cepillo manual o eléctrico). Es necesario ser receptivo con respecto a sus sentimientos y necesidades, especialmente con respecto a la evaluación de su desempeño.

Es aconsejable evitar la revisión sorpresiva y elaborar un programa semanal para trabajar con cada auxiliar, puede pasarse 15 minutos cada semana para ayudar al instructor dental a evaluar tres o cuatro niños.

Esto permite al educador valorar prudentemente el progreso de cada niño y ayudar al auxiliar con cualquier problema encontrado.

EVALUACION

Para poder determinar el progreso dentro de un programa de control de placas, deberá hacerse una evaluación continua de la salud bucal y del comportamiento del niño, así como la actitud y la habilidad de los individuos responsables de realizar técnicas. Los exámenes clínicos y radiográficos pueden ser empleados con la frecuencia que sea necesaria para valorar las necesidades de la salud bucal del niño. La necesidad de realizar las pruebas preventivas puede ser evaluada por -- los índices de higiene bucal o por observación directa. Cuando el niño viva en casa, las evaluaciones se harán durante el examen inicial, el control de placa y las -- visitas de control. Para el niño dentro de una institución, puede elaborarse un sistema para valorar la higiene bucal mediante índices semanales o bimensuales. Es importante programar juntas periódicas con el personal de enfermería para tratar el progreso del programa. --

El refuerzo de miembros de su propio grupo también puede ser eficaz en un ambiente institucional.

Finalmente, los exámenes periódicos de control pueden emplearse para hacer énfasis y para reforzar --- programas preventivos.

RESUMEN

La enseñanza de control de placa a niños con deficiencia mental es un servicio cuya importancia no puede ser exagerada. Es responsabilidad de la profesión -dental enseñar a estos niños las técnicas adecuadas para la conservación de la higiene bucal óptima. Esto --deberá incluir educación y participación de los padres-y del personal de enfermería. Es conveniente también -que los maestros presenten y refuercen las técnicas preventivas en el ambiente escolar. La profesión dental -podrá ayudar al niño con deficiencia mental a disfrutar de la vida y a conservar una sonrisa alegre.

una evaluación de cada auxiliar puede ser útil para determinar actitudes y comportamiento.

REFUERZO

La clave para un buen programa de control de placa es el refuerzo continuo demostrado con sinceridad y el entusiasmo por todos los miembros del equipo dental. Pueden emplearse combinaciones de las siguientes sugerencias con el niño incapacitado, los padres y el personal auxiliar.

El refuerzo deberá ser empleado para alabar y alentar a los individuos por su buen desempeño, cooperación y para destacar la importancia de la buena salud bucal. Se ha encontrado que las recompensas son eficaces para formar el comportamiento adecuado y para motivar a los niños, a los padres y a los auxiliares a establecer y practicar los procedimientos diarios de control de la placa. Algunos ejemplos de lo que puede emplearse para recompensar a los niños son pequeños juguetes, medallones de salud dental, de papel, una oportunidad de cepillar los dientes de la madre. Una reducción de los horarios dentales puede ser incentivo para los padres. Los auxiliares deben ser recompensados con una pequeña fiesta, un descanso adicional de 10 minutos, una carta de desempeño personal extraordinario se colocará en su expediente en la oficina de personal o un tratamiento profiláctico y aplicación de fluoruro gratuitos.

En un programa para el control de placas en casa, es conveniente mandar por correo pequeños mensajes cortos y pertinentes o llamar por teléfono a los padres por cualquier problema que hubiera podido presentarse. La participación de la familia en el ejercicio de la higiene bucal diaria puede ser refuerzo excelente para niño.

VII TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DEFICIENCIA MENTAL.

A) AGENTES FARMACOLOGICOS.

El tratamiento de los pacientes que presentan alguna deficiencia mental, exige la utilización de agentes farmacológicos, muchos de ellos conocidos pero en combinaciones y administrados por vías no empleadas con anterioridad; así como el uso de técnicas de consultorio particulares.

Terapéuticamente podemos señalar que ésta clase de pacientes requieren para su tratamiento, de una desviación de los procedimientos terapéuticos normales. Cabe señalar que los problemas que existen en cuanto al empleo de técnicas dentales particulares, no tanto se refieren a la restauración de las estructuras bucales sino al control de las variaciones de conducta o emocionales que en el curso del tratamiento puedan presentar.

Las deficiencias mentales que presentan tales pacientes incluye deficiencia intelectuales desde un estado casi normal hasta la falta de comprensión total.

En diversos casos se requiere la utilización de aparatos que permitan conservar la boca abierta y evitar la necesidad de emplear protectores digitales. El aparato deberá retirarse periódicamente para evitar la fatiga. En el caso de que se presente en el paciente exceso de flujo salival podrá ser controlado por la inyección intramuscular ó endovenosa de sulfato de atropina.

El tratamiento sistemático de pacientes con deficiencia mental que permita el control de movimientos voluntarios ó involuntarios incluye el empleo de controles físicos y psicológicos, sedación por inhalación, premedicación por vía bucal e intramuscular, sistemas de --

sedación y analgesia por vía intravenosa y anestesia general.

Cabe hacer notar que no existe un solo método para el tratamiento de estos pacientes, ya que los pacientes con deficiencias leves pueden ser que requieran paciencia y cordialidad en tanto que los que sufren deficiencias mentales graves y falta de comprensión pueden requerir anestesia general.

A) CONTROLES FISICOS:

La imposición de las manos nos puede ser --- recomendable en los casos de que el paciente manifieste estados emocionales agudos. Este proceso implica la construcción manual de la abertura bucal y nasal durante un período breve hasta que se encuentre la colaboración del paciente. Esta técnica resulta ser en ocasiones poco --- ventajosa ya que el niño puede tornarse pasivo ó incluso retisente y no colaborar con el dentista, así como en él a un sujeto causa o temor. Este método no deberá utilizarse en niños grandes ni con pacientes de graves deficiencias mentales.

B) SEDACION POR INHALACION:

El método de psicosedación con más frecuencia --- empleado, es el óxido nitroso con oxígeno, que permite --- calmar al paciente y superar la falta de colaboración --- voluntaria leve, puesto que su aplicación provoca un estado de relajamiento emocional.

La utilización de sedación por inhalación deberá ser limitada a pacientes con alguna inteligencia y que --- sean poco agresivos hacia los procedimientos y manipulaciones de larga duración.

La técnica de administración se inicia con la ---

IV EL PAPEL DEL AYUDANTE DENTAL EN EL TRATAMIENTO DEL - PACIENTE INFANTIL CON DEFICIENCIA MENTAL.

El ayudante dental en el equipo odontológico ha adquirido importancia debido principalmente a la demanda de sus servicios por el grado de la especialidad requerida.

Para el trabajo con niños que presentan deficiencia mental, se requiere de los ayudantes principalmente, cualidades tales como capacidad de comunicación con ellos, instrumentos y equipo necesarios para la atención dental.

Es importante que el ayudante dental esté bien-familiarizado con la historia médica del menor deficiente, así como con los medicamentos y tratamientos que se le haya suministrado y aplicado.

Como una práctica recomendable para el ayudante dental, es la relación estrecha que debe tener con los padres o responsables del menor, ya que el ayudante, de esta manera obtendrá la información en cuanto a los intereses del niño, costumbres adquiridas y en general todos aquellos datos convenientes para la identificación con el menor.

El ayudante dental en muchos casos requiere de utilizar aparatos para restringir los movimientos del paciente, tales aparatos son: cintas restrictivas, sábanas, tiras de tela o Pedi-wraps (es un material de tela que permite la circulación pero que logra sostener al paciente en su silla y que tiene un cierre especial a lo largo de toda la orilla). La primera vez que se emplea el aparato restrictivo, el ayudante deberá mostrárselo al paciente y dejar que lo toque antes, proce-

der a colocárselo, de tal manera que el paciente vea -- en el aparato un objeto de seguridad y protección. De igual forma el ayudante podrá escribir y mostrar el sillón y la forma como funciona, así como el instrumental que habrá de emplearse.

Una vez que el paciente se haya sentado y se ha ya colocado el aparato para sujetarlo, es precisamente cuando se le mostrará los instrumentos tales como el explorador, espejo, luz dental, piezas para algodón, y rollos de algodón, el aparato de asperción, dejándolo que lo escuche a la vez que le explica la forma de aspirar la saliva.

El ayudante no deberá dejar solo al paciente a pesar de que su grado de cooperación sea notable ya que una repentina reacción refleja puede provocar la pérdida del control y una posible lesión.

Otros aspectos que cabe hacer notar es la información con la que tiene que tetralimentar al dentista. Elaborará un registro que contenga las restauraciones existentes, las lesiones cariosas y el estado de los tejidos de la cavidad bucal según determine el dentista.

El ayudante debe tomar en cuenta que en el caso del paciente de parálisis cerebral la vista deberá ser breve ya que tal paciente deberá mantenerse por largo tiempo en una sola posición puesto que en cuanto más -- tiempo transcurra sentado, tanto más sus movimientos -- serán agitados.

Es responsabilidad del ayudante despedir al paciente y en su caso ayudarlo a salir del consultorio. De igual forma el ayudante podrá asumir el papel de orientador en lo que respecta a la instrucción acerca de los cuidados necesarios.

información que se le habrá de suministrar al paciente - para hacerlo conciente de las sensaciones provocadas por este método. Se le dice que se le colocará una "copa" - sobre su nariz y que respirará un aire tibio que habrá - de causarle conquilleo evitando la sensación de dolor.

El flujo de oxígeno se comienza con 8 ó 10 litros por minuto hasta que se haya llenado la bolsa de -- reserva y ajustado firmemente el dispositivo nasal. Una vez establecida la respiración nasal se comenzará el flujo del oxígeno nitroso, aumentándolo paulativamente hasta reducir el del oxígeno a tal punto que se obtenga una relación eficaz. El paciente se encontrará listo en el momento que muestre un estado de tranquilidad pero sin - perder el control de sus pensamientos y del lenguaje, -- por que deberá mantenerse una conversación regular para asegurarse de que el paciente no haya pasado a la inconciencia o se haya presentado en él un síncope.

La mezcla de gas deberá tener una relación mínima de 60 por 100 litros de oxígeno durante todo el procedimiento. Al término de la inhalación del sedante se le hará respirar al paciente oxígeno puro por un mínimo de dos minutos.

C) PREMEDICACION BUCAL E INTROMUSCULAR

El empleo de ésta técnica por cuanto a su dosificación, presenta cierto grado de dificultad para determinar la dosis adecuada, ya que la reacción al dolor y - al temor resultan ser muy variables de acuerdo a la naturaleza del paciente o a su deficiencia, de ahí que la administración de drogas por vía bucal o intramuscular se tenga que aumentar o disminuir, tanto en los diferentes - pacientes así como en las visitas que haga al consultorio.

La premedicación causará relajamiento en el individuo pero no dará origen a la cooperación por parte del paciente.

El empleo de esta técnica no es recomendable - utilizarla sistemáticamente en casos de deficiencia mental grave o en niños con lesiones cerebrales, ya que -- los efectos pueden opacar la poca comprensión existente. No deberán emplearse dosis altas ya que el efecto tiende a persistir aún en días.

D) SEDACION INTRAVENOSA

El empleo de la sedación intravenosa, es útil y de resultados seguros, ya que proporciona somnolencia ligera que permite controlar la mayor parte de los trasornos mentales y la recuperación posoperatoria es rápida.

La gran variedad de productos existentes, para estos efectos, deberá ir de acuerdo a las necesidades - del paciente. De igual forma, su empleo será condicio- nado a la habilidad y experiencia del dentista, recomendándose en primer término el uso de barbitúricos, que - son agentes que provocan somnolencia, distracción y - - confusión en dosis normales.

Los tranquilizantes causan sedaciones en el estado anímico pero no poseen propiedades analgésicas, -- por lo que suelen usarse en combinación con otros medi- camentos. Por ejemplo, Talucin (fenacina) y Valium (diazepam). El valium empleado sólo, permite al paciente - permanecer tranquilo y amnésico, pero no es suficiente- para controlar a pacientes difíciles, faltos de comprensión o que sufran dolor.

La anmesia retrógrada producida por ésta droga, es especialmente recomendable en aquellos pacientes que

tiendan a conservar impresiones negativas de anteriores visitas dentales.

La falta de trastornos posoperatorios, la poca posibilidad de complicaciones, los hacen recomendables.

El uso de narcóticos se encuentra en un nivel más avanzado en cuanto a la técnica para su empleo, debido a la posibilidad de efectos colaterales graves. Los efectos producidos elevan el umbral del dolor y permiten que el paciente sea más tratable y susceptible a la sugestión. Suelen usarse en combinación con otros agentes, por lo que la cantidad de narcótico debe ser reducida.

La aplicación de cualquier técnica de sedación-intravenosa, deberá ser completada con anestesia local, para eliminar totalmente el dolor en el paciente, de tal forma que la dosis de sedación sea limitada exclusivamente para controlar al paciente.

Por último tenemos a la anestesia general, cuyo uso deberá ser reducido para determinados pacientes que no puedan ser tratados por otros métodos menos drásticos. Su empleo exige los servicios de un anesthesiólogo dental capacitado y de un quirófano o consultorio, bien equipado. Debe evitarse cualquier método o técnicas que provoquen la pérdida de la conciencia dentro del consultorio, salvo que se cuente con los elementos necesarios para controlar la situación.

B) PROGRAMA DE VISITAS.

Paralelamente a los antes anotados y como parte de la técnica para el tratamiento, es conveniente considerar la programación adecuada de las visitas del paciente para efectos de su tratamiento.

La visita inicial resulta muy importante, pues-

to que en ésta a la vez de que se determina el plan del tratamiento a seguir se debe establecer la comunicación con el paciente, a fin de precondicionarlo, salvando así todos los posibles bloques existentes. Es recomendable tratar al paciente de acuerdo a su nivel mental o circunstancias propias de su enfermedad.

En esta primera visita, se realizará el examen de la boca, examen que si se requiere sea detallado o minucioso, se podrá realizar bajo el efecto de algún sedante.

Del tratamiento a seguir se le debe informar a los padres o tutores de los menores para que de esta manera exista una responsabilidad compartida con estos.

Las visitas para el tratamiento a seguir requieren que cada integrante del equipo terapéutico, conozca plenamente la función que habrá de realizar. Es así que se aconseja que el dentista se reúna un cada caso, previamente con su personal, que lo auxilie para determinar las acciones específicas que se requieran.

El seguimiento de la terapia dental es necesario en la medida que los resultados que se requieren obtener, ya que si a un paciente se le practica completamente un tratamiento pero no se cita periódicamente para su revisión, se corre el riesgo de no prevenir las enfermedades dentales. Es imprescindible el control del paciente, llevando su historia clínica siempre actualizada.

VIII CONCLUSIONES

- La deficiencia mental, es una enfermedad que, dadas sus consecuencias sociales, exigen de un cuidado y una atención multidisciplinaria, es decir diversos profesionales de la salud, entre éstos los Odontólogos.

- El retardo mental comprende aspectos de funcionamiento intelectual y del comportamiento adaptativo durante el desarrollo, lo que implica el establecimiento de diferentes cocientes de inteligencia para niños así como el considerar los logros en el desarrollo del lenguaje, capacidades sensoriales y motoras, enmarcadas todas estas en una edad anterior a los 18 años.

- El dentista que decida especializarse en la atención de estos pacientes, deberá familiarizarse con las etapas del desarrollo del lenguaje, para precisar si en realidad se trata de un deficiente mental o de una deficiencia estructural bucal en niños de habla desarticulada.

- El control de la placa en niños con deficiencia mental, es de gran importancia, puesto que su situación causa el desaseo por una mala práctica de la higiene bucal, con las consecuencias digestivas y enfermedades de la boca resultantes. Se recomienda por lo general el auxilio de otro individuo para ayudar o asear la boca del niño.

- Es necesario una estrecha relación entre el dentista y los padres o responsables a efecto de que vigilen la adecuada atención bucal del niño.

- La terapia bucal para estos niños requiere del odontólogo y de su equipo una preparación y formación especial, en virtud de la dificultad para estable-

cer comunicación y salvar los prejuicios a que se encuentran sujetos tales menores.

- Los agentes farmacológicos que se emplean para estos casos exigen en ocasiones la combinación y administración, desviando los procedimientos terapéuticos --- normales a fin de encontrar la forma idónea a las condiciones del niño. Tales procedimientos son: controles --- físicos; aparatos de restricción; sedación por inhalación, empleando óxido nitroso con oxígeno; premedicación bucal, intramuscular, cuidando que las dosis no causen efectos - que tiendan a persistir durante días y den origen a a disminución en la comprensión del paciente; Sedación intravenosa, que requiere ser reducida a determinados pacientes, con el auxilio de un anestesiólogo. Normalmente se emplea la anestesia y las dosis señaladas para niños que no presentan deficiencia mental.

- Las enfermedades dentales en estos niños, por lo general son las mismas que las de los niños normales - con excepción de la hipertrofia gingival que es producida, como una reacción a la administración de la Difinidantoina, siendo la presentación de este medicamento más conocida el Epamin, el cual se emplea para controlar las crisis convulsivas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Deficiencia Intelectual en el niño
Kohler, Claude
Barcelona, Miracle 1967
- 2.- Defectos comunicativos en niños
Wilson, D. Kenneth
Baltimore, Williams and Welkins, 1972
- 3.- Deficiencia Mental (Handbook of mental deficiencies
Psychological theory and Research)
Ellis, normand, R.
New York, Mc Graw-Hiel 1963
- 4.- Deficiencia Mental
(Clinical Neuropsychology: Current status and appli
cations)
R.V. Reitan and L.A. Davison.
Washington D.C. U.H. Winston 1974
- 5.- Deficiencia Mental (El niño deficiente mental)
Mayer-Grass, W.
Buenos Aires, Paidos 1967
- 6.- Deficiencia Mental y Lenguaje
Maistre.
- 7.- Odontología Infantil
S. Finn. Bibliográfica Argentina, 1959
- 8.- Odontología Infantil
E. Hardnt y H. Weyers
Ed. Mundi, 1969
- 9.- Odontología para niños,
J. Ch. Brauer
Ed. Mundi, 1975
- 10.- Problemas psicopatológicos en pediatria
3ra. edición, RECA, TELMA, Buenos Aires
EUDEBA, 1971

11.- Psicología y Psicopatología del desarrollo desde el nacimiento hasta los 20 años
L.J. Stone y J. Church
Buenos Aires Paidós, 1968