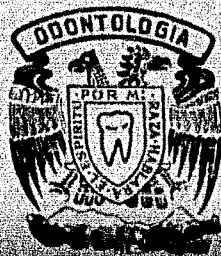


18/690  
Universidad Nacional Autónoma de México  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL NIÑO INCAPACITADO  
EN EL  
CONSULTORIO DENTAL



T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A

PATRICIA MONTOYA BRAVO

MEXICO, D. F.

1979

15070



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## INTRODUCCION.

- I FUNDAMENTACION E HISTORIA DEL CONOCIMIENTO PSIQUIATRICO.
- II CAUSAS PRINCIPALES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.
- III PARALISIS CEREBRAL.
  - a) Clasificación.
  - b) Tratamiento estomatológico y objeto de la clasificación de niños en el Consultorio.
  - c) Terapéutica Médica.
- IV PSICOSIS TOXICAS.
  - a) Etiología.
  - b) Tratamiento.
- V PSICONEUROSIS.
- VI PSICOSIS MANIACODEPRESIVA.
- VII ESQUIZOFRENIA.
- VIII EPILEPSIA.
  - a) Frecuencia.
  - b) Etiología.
  - c) Tratamiento Dental.
- IX COMO DEBE TRATARSE Y VIGILARSE A LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

X EL CONSULTORIO DENTAL.

XI MANIFESTACIONES DEL MEDIO BUCAL (MAS FRECUENTES).

XII ANALGESIA.

a) Anestesia local.

b) Premedicación - Sedación.

c) Analgesia a base de Oxido Nitroso.

d) Anestesia general. Indicaciones.

XIII NEUROPSICOLOGIA GENETICA.

XIV CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAFIA.



## INTRODUCCION

En los últimos 20 a 30 años se han producido enormes cambios en la actitud general hacia individuos nacidos con impedimentos mentales o físicos.

Durante este período, la Odontología para los Incapacitados ha adquirido gran importancia. Se ha eliminado casi totalmente el velo de superstición y vergüenza antes asociado con los Impedidos, y se acepta ahora generalmente el hecho de que estos desafortunados individuos son seres humanos con requerimientos especiales de habilitación.

Actualmente los padres de niños impedidos saben que estos necesitan expertos cuidados dentales restaurativos y preventivos.

Los niños retardados mentales y los que sufren parálisis cerebral, enfermedades cardíacas y trastornos hemorrágicos pueden no tener problemas específicos, pero sus incapacidades físicas o mentales a menudo impiden hábitos dentales y dietéticos adecuados, creando así serias amenazas a su salud dental.

El tratamiento de la mayoría de los niños impedidos no requiere esfuerzos singulares por parte del Odontólogo. El Odontólogo puede resolver todos los problemas dentales más graves y complejos que afectan a individuos impedidos si comprende absolutamente todas las facetas del paciente especial con paciencia y comprensión y así recibir experiencias satisfactorias que nos brinda la Odontología en niños impedidos.

## FUNDAMENTACIÓN E HISTORIA

### DE LA PSIQUIATRÍA

La Psiquiatría, rama de la ciencia médica cuyo objeto es la "enfermedad mental", ha podido constituirse solamente en la medida en que la noción de enfermedad mental se ha delimitado con suficiente claridad. Durante largo tiempo los "trastornos del espíritu" han sido considerados, y lo son aún en ciertas formas de civilización, como enfermedades "sobrenaturales". Por otra parte, la medicina, para comprender este aspecto tan desconcertante de la patología, ha debido liberarse de la noción de enfermedad de los órganos y de las funciones antes de considerar la enfermedad mental como una especie distinta singular de enfermedad, capaz de alterar al hombre en su psiquismo, es decir en su "humanidad" o, si se quiere, en su coexistencia con los demás y en la construcción de su mundo.

En lo que concierne al desprendimiento de las explicaciones "sobrenaturales" de la enfermedad mental, la medicina grecolatina y árabe habían considerado ya la manía, la melancolía, la epilepsia, la histeria, el delirio, — como "vesanias" de origen natural, y, más tarde, en la Edad Media, muchos teólogos defendieron esta tesis. Pero en su época y al comienzo del Renacimiento, la "demonología" inspiró los peores excesos y debieron ser vencidas grandes resistencias para hacer aceptar la idea de que las brujas y los poseídos podían sufrir una enfermedad natural. Con Jean Wier o Weyer y otros, en el curso de los siglos XVI y XVII, la medicina mental conquistó sus derechos de ciudadanía.

En lo que concierne a la naturaleza misma de la enfermedad mental (de —

considerarla como una enfermedad, pero no como una enfermedad orgánica pura y simple), han sido y son necesarios aún muchos esfuerzos para superarla. La patología mental no ha podido constituir su objeto de estudio propio más que precisamente en la medida en que no se confunde con la patología general. Para ello ha sido necesario que la enfermedad mental apareciera en la sociedad humana, no como una patología de la vida orgánica que amenaza más o menos mortalmente la "vida", sino como una patología de la vida psíquica que amenaza al hombre en su "humanidad". Es ésto evidentemente lo que significa la noción de alienación como forma en cierta manera extrema en la enfermedad mental.

Esta idea de una patología natural y en suma orgánica, pero de una enfermedad cuyos efectos son psíquicos, se ha impuesto en el transcurso de los siglos a medida que la civilización occidental ha evolucionado en el sentido de la "libertad individual". Con la Reforma, y más tarde con la Revolución Francesa, el problema de una disminución patológica del libre albedrío ha adquirido, en efecto, una exigencia de la que nació ineluctablemente el hecho psiquiátrico. Por ello no es sorprendente que la Psiquiatría naciera en Francia y en el momento de la Revolución.

Desde su constitución, la Psiquiatría, siguiendo el gran movimiento de la ciencia anatomoclínica, a comienzos del siglo XIX, se lanzó a la búsqueda nosográfica de especies morbosas, y la tarea principal de todos los grandes clínicos fue la de describir cuadros clínicos y evoluciones típicas. De esta manera se constituyó la Clínica Psiquiátrica y, aún en la actualidad, puede proporcionar en este sentido el esquema indispensable a la observación, diagnóstico y pronóstico de los trastornos mentales.

En el estado actual, al centro de la gravedad de la Psiquiatría se ha des-

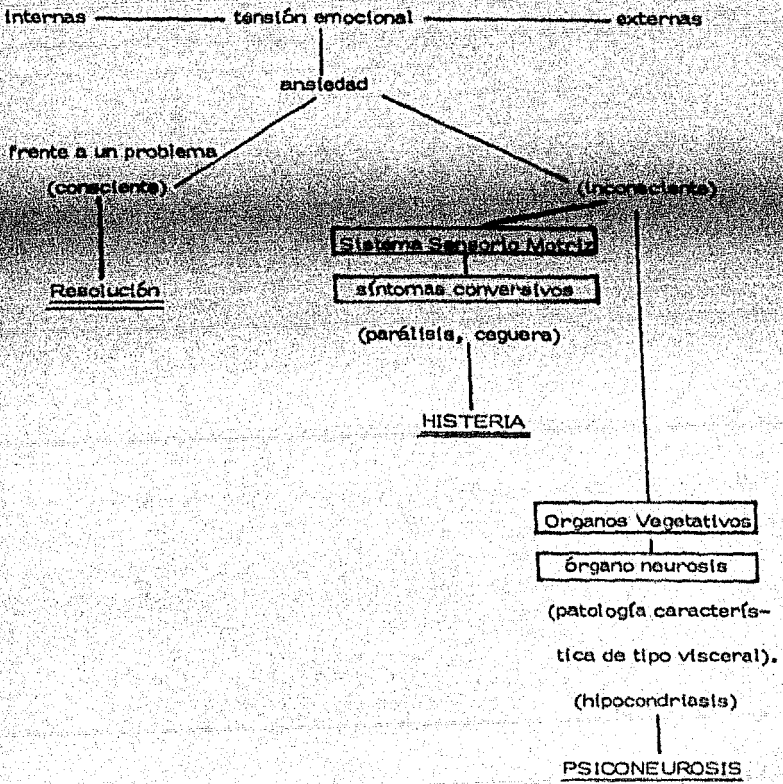
plazado de la Psiquiatría pesada (formas clásicas de alienación) a la Psiquiatría ligera (reacciones neuróticas). Pero en realidad, oscila entre las dos tendencias, que le llevan, por un lado a considerar más la enfermedad que al enfermo o, por otro, a interesarse más por el enfermo que la enfermedad. Titubea, puesto que por una parte el Psiquiatra no puede ser tan optimista como para considerar al enfermo mental tan solo como reaccionando a una situación social que es suficiente con reajustar, ni tampoco tan pesimista como para considerar la enfermedad mental como una deformación rígida y, por así decir, física del "psiquismo".

La Psiquiatría moderna, si bien refleja esta contradicción que se encuentra en cierta manera en la base de su existencia, tiende constantemente a superarla buscando sus vías de desarrollo entre el dogmatismo de las doctrinas arcaicas y la ingenuidad de ciertas concepciones más recientes. Su verdadero fin no puede ser sino el establecer el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, consideradas a la vez como anomalías de la organización psíquica, como efecto de las condiciones orgánicas que les imponen una forma semiológica y evolutiva y como expresión de las fuerzas inconscientes liberadas.

La Psiquiatría actualmente se define como una rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la "vida de relación" a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia.

CAUSAS PRINCIPALES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

PSICONEUROSIS



## PSICOSIS TOXICAS

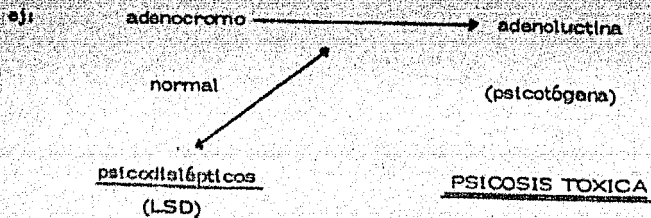
CAUSAS: todas por agentes externos

causa: imputable

ETIOLOGIA: 1. alcoholismo 6. cemento  
2. LSD 7. thiner  
3. marihuana 8. cocaína  
4. hongos 9. heroína  
5. mezcal

DROGAS  
PSICODISLEPTICAS.

Modo de acción: Se supone que a nivel de metabolismo, se convierten en sustancias Psicotógenas.



# EPILEPSIA

causas:

perinatales

genética

traumatismos (embarazo)

hipoxia fetal

radiaciones, etc.

natales

parto prolongado

hipoxia natal

uso indebido de fórceps

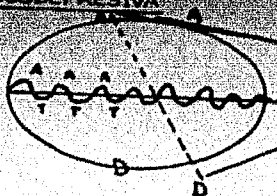
primera

infancia

enfermedades encefálicas

traumatismos cráneo caefálicos

# PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA



EXTERNAS

INTERNAS

externas

razón o causa real

endógenas NO causa real

A= CATECOLAMINAS ↗

B= CATECOLAMINAS ↘

CATECOLAMINAS

NORADRENALINA

EPINEFRINA

SEROTONINA



OLIGOFRENIA

PERINATALES

GENETICA

rubeola (1er. trimestre embarazo)

radiaciones

drogas teratogénicas

hipoxia cerebral

desnutrición materna

NATALES

hipoxia cerebral

traumatismos al encéfalo en

el momento del parto

POSTNATALES

desnutrición

enfermedades por incompatibilidad

sanguínea, Factor o-Rh (r)

traumatismos caefáticos

PARALISIS CEREBRAL PROGRESIVA:

SIFILIS

Espiroqueta de sífilis (B. Hansen)

se transmite por contacto directo

1) Sexual

2) Saliva

La espiroqueta entra en la sangre:

primarias

Chancro sífilítico

infartos ganglionares

no se cura progresa

(Localizaciones)

secundarias

SNC

PARALISIS CEREBRAL

PROGRESIVA

PARALISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral fue definida como "Un trastorno de los movimientos y de la postura causados por un defecto permanente o lesión del cerebro maduro no progresivos". Así, la lesión cerebral producida durante los años de desarrollo (malformaciones, sufrimiento fetal, hipoxia o traumatismo) — que afecta a zonas del cerebro que controlan el movimiento y la postura e interfieran significativamente en la función puede denominarse parálisis cerebral. Los trastornos motores provocados por alguna lesión de la médula espinal no están incluidos, ni tampoco las enfermedades neuromusculares progresivas. Las lesiones cerebrales que ocurren durante el período de desarrollo rápido del cerebro durante la infancia crean problemas diferentes de los provocados por una lesión adquirida posteriormente en la vida.

CLASIFICACION

La American Academy for Cerebral Palsy (AAP), clasificó la parálisis cerebral como:

Fisiológica (motora), topográfica, etiológica, suplementaria, neuroanatómica, capacidad funcional y terapéutica.

Las clasificaciones más empleadas son la fisiológica y la topográfica.

**Encefalopatía bilirrubínica.** Es un tipo de parálisis cerebral en la que puede determinarse el factor etiológico mediante el examen del neurodesarrollo.

Este tipo de parálisis cerebral es causado por un aumento significativo de la bilirrubina sérica, debido generalmente a incompatibilidad del factor Rh, lo que provoca hemólisis de hemátides en el recién nacido. Los únicos cua—

tro síntomas observados son: 1) coreoatetosis, 2) limitación de la vista hacia arriba, 3) impercepción auditiva, y 4) manchado e hipoplasia del esmalte de los dientes primarios.

Un cincuenta por ciento de los niños con parálisis cerebral presenta manchado de los dientes primarios e hipoplasia del esmalte asociada con pérdida del oído a las altas frecuencias y sordera central, o ambas.

La clasificación fisiológica (motora) incluye espasticidad, atetosis, rigidez, ataxia, temblores, atonía y tipos mixtos.

La clasificación topográfica incluye monoplejía, displejía y doble hemiplejía.

En la clasificación fisiológica, los dos tipos más frecuentes son espasticidad, que constituye aproximadamente 60 por 100, y atetosis aproximadamente 20 por 100 de la población de enfermos con parálisis cerebral.

La espasticidad también se llama sistema piramidal o de las neuronas motoras superiores, que incluye las neuronas del área motora de la corteza cerebral y sus axones que forman parte de la materia blanca del cerebro, continuando hacia la médula espinal, hasta las células de los cuernos inferiores.

Los principales signos de espasticidad son:

- 1) Aumento del tono muscular (hipertono) del tipo de espasticidad en "navaja", en la que la flexión y la extensión de una extremidad da lugar a un "brinco", - un movimiento similar al que sucede al abrir y cerrar una navaja.
- 2) Reflejo de tendón hiperactivo o vigoroso (hiperreflexia), producido por el estímulo del reflejo al estiramiento tocando un tendón con el martillo.
- 3) Presencia de reflejos patológicos. El reflejo patológico más frecuente es el signo de Babinski en el que tocar la superficie lateral de la planta del pie

y continuar hacia la bola del pie da como resultado la extensión plantar del dedo gordo y la flexión, con la abertura en forma de abanico, de los dedos restantes. Esto se considera patognomónico de la enfermedad del tracto piramidal.

4) Presencia de contracturas. Especialmente los flexores de las extremidades inferiores y los extensores de las extremidades superiores de donde proviene la limitación funcional.

La atetosis o parálisis cerebral extrapiramidal afecta a la materia gris profunda del cerebro que constituye la porción más antigua del cerebro. La afección (hiperbilirrubinemia, anoxia, traumatismo y monóxido de carbono) provoca una imagen clínica diferente a la del tipo espástico. En la atetosis se encuentra:

- 1) Aumento del tono muscular, provocando una rigidez del tipo "tubo de plomo", en la que la flexión y extensión de una extremidad dan origen a resistencia continua como la que sería provocada al doblar una pieza de plomo maleable.
- 2) Los reflejos profundos de tendón pueden ser normales.
- 3) Pasan los reflejos patológicos.
- 4) Las contracturas no se aprecian, salvo que el paciente haya estado limitado a una silla de ruedas varios años y haya desarrollado contracturas de flexión por la posición de las caderas y las rodillas.
- 5) Los reflejos primitivos persisten un tiempo significativamente mayor que en los casos de espasticidad.

La clasificación topográfica deberá ser aplicada al tipo espástico, ya que el tipo extrapiramidal suele estar afectado de las cuatro extremidades, con las extremidades superiores más afectadas que las inferiores. La classifica-

ción topográfica incluye:

**Monoplejía:** afección de una sola extremidad (muy rara).

**Paraplejía:** de las extremidades inferiores únicamente.

**Hemiplejía:** de las extremidades superiores únicamente.

**Doble hemiplejía:** afección mínima de las cuatro extremidades con los brazos más afectados que las piernas.

**Triplejía:** afección de tres extremidades.

## TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICO Y OBJETO DE LA CLASIFICACION DE NIÑOS EN EL CONSULTORIO.

Se puede establecer categóricamente que el tratamiento de los niños con parálisis cerebral es una excitante y a la vez una experiencia traumática para la generalidad de los niños, así como para el dentista que los trata.

Los pacientes dentales que tienen parálisis cerebral con o sin retraso, presentan para el Odontólogo, además de los problemas dentales asociados con su síndrome clínico, el significativo problema del manejo físico. Se ha observado que la boca es mucho más sensitiva en niños retrasados que en niños normales. Se ha establecido que la mayoría de los pacientes con parálisis cerebral, son intranquilos, fácilmente perturbables y pobremente controlados médica y dentalmente.

Algunos pacientes con parálisis cerebral presentan algunas desventajas como son: retraso mental e incapacidad para comunicar su problema dental o quejarse.

Este tipo de pacientes no podrá cooperar y se resistirá con violencia a cualquier tratamiento.

Frecuentemente se encuentran movimientos anormales e incontrolables de los músculos orales o en la totalidad de los músculos del cuerpo, dando respuestas exageradas a los estímulos.

Diversos aparatos protectores, tales como abre bocas y resguardas para los dedos y espejos metálicos son necesarios para prevenir heridas en los tejidos dentales y en los dedos del dentista.

Alguna forma de restricción o de soporte pueden ser necesarias para controlar los movimientos involuntarios del paciente.

En los niños con parálisis cerebral, la anomalía mental general está

asociada con las clases más rígidas y espasmódicas.

A los investigadores les disgusta el término de "niños problema".

Ellos sostienen que cada niño debe enfrentarse a su propio problema, de ajustarse a él, al medio ambiente en que vive, incluyéndose el del consultorio dental. Para poder hacerlo, el pequeño requiere cuidadosa ayuda y guía.

En el tratamiento de niños anormales, el dentista debe observar primero al niño y después su retraso, para que el niño no vaya a ser valorizado por su anomalía sino que pueda ser reconocido primero como individuo. Esto permitirá al dentista hacer más fácil su acercamiento.

El mongoloide es el único en su género que posea inteligencia, aptitud oculta. El puede ser indiferente, apático o excitable; está protegido con una fuerte escudo de regocijo placentero, alegre y amoroso a pesar de la paternal sobre indulgencia. El está libre de pasadas temperamentales y comportamientos desordenados.

Los cretinos son tímidos, desdichados e independientes.

Parálisis cerebral es el resultado de lesiones cerebrales involucrando músculos débiles y frágiles, o incoordinación, puede haber espasmódicas o endebles parálisis, atetosis o ataxia, temblores o rigidez, movimientos involuntarios, dificultad para masticar, deglutir o hablar, aprehensión epiléptica y defectos mentales.

La anomalía mental está lo más asociada con las clases más rígidas y espasmódicas. Posiblemente nosotros podemos interpretar anomalía en parálisis cerebral conociendo que la personalidad y emociones van de acuerdo con la condición.

El espasmódico es un introvertido y continuamente tenso en disposición a reaccionar con cualquier estímulo del exterior. El necesita estar avisado antes



de que se le lleve a una nueva situación en cualquier clase de manejo.

El tenso es similar al espasmódico, pero el miedo no es tan acentuado.

El atetolde no tiene exceso de miedo, le gusta la compañía, ser bien recibido y anhela la atención, amor y afecto. Se incomoda frecuentemente por su propia deficiencia y está propenso a estallar en ira.

El atáxico como el atetolde anhela afecto y es muy cariñoso, se incomoda cuando le solicitan repita esfuerzos y se rinde rápidamente.

Debe hacerse notar que el tipo de parálisis no está diagnosticado de acuerdo con estos rasgos.

Un niño epiléptico puede mostrar atraso mental, estupidez o ambos, de acuerdo con la frecuencia de los ataques y efectos sedantes de la droga terapéutica.

Aproximadamente el 14% de los niños afectados muestran definitiva y permanente deficiencia mental, y el 22% ligera deficiencia. Dificultades personales ocurren en la mayoría de los niños epilépticos, sean inteligentes y adaptados o separados. No hay personalidad, carácter o temperamento epiléptico. El epiléptico es un extremista y jactancioso, dominante, locuaz e infiel, o dócil, manejable, complaciente y de buen comportamiento.

Se encuentran algunos síndromes dentales que establecen la deficiencia mental de los pacientes anormales, aparte de la del paciente normal.

El mongoloide con pequeños y modelados dientes en forma de clavija, está casi siempre exento de caries pero tiende al prognatismo. Está más sujeto a enfermedades de los tejidos blandos de la boca.

Se ha reportado que el 100% de los mongoloides de más de 10 años de edad tienen estas condiciones y que los dientes inferiores llegan a ser móviles por falta de funcionamiento; muchos de estos tejidos blandos con frecuencia se --

acrecentan por su abultada lengua que hace difícil la higiene dental.

Su respiración bucal crónica, con sus efectos secantes en los tejidos de las encías, con el tiempo podrán causar cambios patológicos.

El paciente espasmódico tiene constantemente sus dientes en lo que ha sido referido como bruxagéresión, esto es una referencia a las bases dinámicas -- que tienen su origen en la niñez.

Los espasmódicos podrán en algún tiempo desgastar la superficie oclusal de los dientes. El manejo de ellos es muy difícil en el consultorio dental, -- pues cuando se le dan instrucciones al espasmódico de abrir la boca o voltear la cabeza, hay marcado aumento en los movimientos espasmódicos, haciendo casi imposible el trabajo dental.

El paciente epiléptico que ha estado con sodium diuretic (diuretic sodium) por un largo período, presenta el problema de que el medicamento tiende a causar hipertrofia gingival. Estas condiciones de la encía requieren un programa --

más concienzudo de higiene bucal.

Pacientes que son espasmódicos con sus desordenados dientes esmerillados podrán fracturar la dentadura ; un epiléptico no deberá tener un aparato remo-

vible en la boca.

## TERAPEUTICA MEDICA.

Como la parálisis cerebral no es el resultado de una, sino de varias lesiones cerebrales, no existe una sola droga que pueda ser administrada para remediar la neuropatología subyacente.

Lo más indicado es el tratamiento farmacológico para el control de las manifestaciones periféricas principales que intervienen significativamente en la función.

El tratamiento farmacológico resulta difícil de evaluar, debido a la falta de buenos métodos objetivos para medir la deficiencia motora, la mejoría y el progreso.

Los niños con parálisis cerebral reaccionarán favorablemente a las medicinas para relajar los músculos; por lo que el tratamiento farmacológico en estos casos puede ser de gran beneficio, pues reduciendo el tono muscular aumentado podrán mejorarse los movimientos voluntarios, siempre que pueda evitarse la somnolencia.

Un cuidadoso manejo de la medicina psicofarmacológica puede habilitar al dentista para controlar las dificultades en el manejo del niño.

La eliminación de la aprehensión puede hacer la diferencia de un niño bueno a un niño malo.

El trauma psíquico se aminora y tenemos como resultado a un paciente más descansado y a un dentista menos fatigado.

Los niños con parálisis cerebral deberán ser tratados en forma diferente a los niños normales y a cada niño de acuerdo a su tolerancia medicinal, tomando en cuenta edad y peso para la dosificación de los medicamentos adecuados.

Los barbitúricos son de poco valor, sólo son eficientes para reducir el dolor al niño y una vez que el dolor se produce éste quitará el efecto hipnótico de

la medicina sobre pacientes ambulatorios, y deben evitarse debido a su efecto paradójico o excitante que puede empeorar la función motora y la conducta. - Además, algunas drogas empleadas por sus cualidades sedantes como los antihistamínicos, los analgésicos y el alcohol, son útiles aunque no prácticos.

Las drogas neuromusculares (trihexifenidil-artone; clorhidrato de ciclrimina-pagitone) que afectan a las manifestaciones extrapiramidales (rigidez y temblores) pueden ser usadas.

Los relajantes musculares también se han empleado con beneficio en los atetósicos espásticos. Esta relajación se atribuye a la acción tranquilizante central o sedante, así como los efectos neurofisiológicos. Como los atetósicos padecen un trastorno del movimiento que es más afectado por tensión emocional, la reducción de este factor mejorará el movimiento y la función.

Algunos de los relajantes comunes son la meprobetina (tolserol), el meprabato (meltown) y el carisoprodol (soma).

Las drogas neuropsiquiátricas como clordiazepóxido (librium) y diazepam (vallium), utilizados ampliamente para el tratamiento de la angustia, se prescriben como sedantes diurnos para los niños con parálisis cerebral.

En el parálisis cerebral espástico, la administración de vallium ejerce un efecto relajante a la vez. También se le emplea como un coadyuvante para otros convulsivos y por vía endovenosa para convulsiones prolongadas y estados epilépticos.

Es recomendable el uso de Atarax, esta droga tiene la habilidad de reducir la inquietud sin colocar al paciente en un estado hipnótico.

El área de investigación más prometedor y prácticamente inexplorado es el campo de la premedicación. Este campo que se extiende rápidamente requiere su propia discusión; es conveniente decir que con los adelantos farma-

cológicos de los próximos años, el niño con parálisis cerebral podrá tener -  
en el futuro atención dental, usando una combinación de drogas para su inmo-  
vilización, sedación, tranquilidad, analgesia, etc.

## IV

### PSICOSIS TOXICAS.

El cerebro humano sobrepasa con mucho cualquier maquinaria artificial en complejidad, coordinación, precisión y duración. A veces, aun sin cuidarlo especialmente, almacena, selecciona, registra y brinda para el uso un enorme material acumulado durante más de 60 años. Su funcionamiento satisfactorio depende del mantenimiento del metabolismo cerebral, el cual, a su vez depende del apoyo que reciba del metabolismo de los órganos y partes del cuerpo. Este aporte del metabolismo no cerebral decrece notablemente en la toxicidad corporal.

### ETIOLOGIA.

Suele establecerse directa y comúnmente como:

1. Un veneno exógeno, como el alcohol, la morfina o alguno de los venenos industriales.
2. Un veneno endógeno, como sucede en el curso de las infecciones agudas y de las enfermedades somáticas en general, aguda y crónica, que implican fiebre, toxicidad y agotamiento.
3. Pérdida del aporte metabólico al cerebro, como sucede en los desórdenes endocrinos tales como el hipertiroidismo y situaciones descompensatorias, notablemente las cardiovasculares.

Pauta somática.- Está dada por marcadas perturbaciones de los sentidos y de la conciencia.

Datos físicos.- Hay una gama muy profunda de datos físicos que pueden ser generales, es decir, más o menos usuales en la mayoría de las reacciones; y particulares, es decir, dependientes de la naturaleza de la patología y

toxicidad subyacentes.

**Pronóstico.**— En las psicosis tóxicas se da un factor constitucional hereditario poco importante y un alto factor de intoxicación e infección adquirido. — Por consiguientes, las perspectivas son bastante buenas.

**TRATAMIENTO.**— Indudablemente, a medida que dispongamos de más datos de investigación, muchas reacciones mentales tóxicas podrán ser prevenidas tratándolas en sus comienzos de un modo directo y atacando la infección — por medio de drogas como la penicilina, aureomicina, estreptomycin, etc. — Pero algunas veces estas drogas pueden producir por sí mismas reacciones psicóticas.

El punto fundamental de una terapia, es el control de la patología básica; — si es posible, su eradicación y la disminución de sus consecuencias nocivas. — Este es un principio terapéutico que debe seguirse ya sea que la patología se deba a infecciones dentales, a envenenamientos por monóxido de carbono o a — neumonía lobar.

**SINTOMAS MENTALES.**— La variación de los síntomas mentales de las — reacciones tóxicas no es suficientemente amplia como para justificar una descripción por separado.

El paciente lógicamente está confuso, desorientado, aunque identifica correctamente a las personas que entran en su habitación. Experimenta intranquilidad que de vez en cuando se transforma en una frenética agitación motora; algunas veces sus movimientos motores son ocupacionales, como en el caso — de un paciente, sastre, que repetía incansablemente los movimientos de enhebrar una aguja y coser. Sufren considerablemente de aprensión, asociada con ilusiones y alucinaciones. Estas son frecuentemente aterradoras y el paciente se esconde debajo de las sábanas tratando de ocultarse.



De vez en cuando escucha atentamente y grita respondiendo a las "voces",  
Generalmente su lenguaje es un murmullo inapropiado y a veces incoherente.  
El estado de ánimo más frecuente es el miedo, pero es muy lábil y se cambia  
fácilmente en un terror abyecto, pasando luego a la ira, la insolencia y la ra-  
bia. Estos son delirios, pero son transitorios y se refieren aparentemente -  
al delirio persecutorio de ser "acorralado".

## PSICONEUROSIS.

El término Psiconeurosis forma parte integral del lenguaje cotidiano de los psiquiatras y de todos los tratados de psiquiatría. Parece estar rigurosamente connotado, sin embargo, ésto no es así y de hecho se usa a la ligera o, en el mejor de los casos, con base nosotóxica, según sea la clasificación preferida.

Al tratar en general el término amplísimo de neurosis, se está aludiendo a dos órdenes de fenómenos distintos: por una parte se alude a alteraciones de carácter en todas sus gamas y facetas. En cambio hay cuadros como la histeria, la obsesión compulsión, hipochondriasis, etc. que de modo alguno son neurosis, no por alteraciones de carácter, sino que presentan rigurosa sintomatología diferente: conversiones, parcelación de conciencia, obsesiones, fobias y muchas manifestaciones insólitas.

En la psiconeurosis, la personalidad permanece relativamente organizada en plan social; pero tienen graves limitaciones para el vivir cotidiano.

La conducta siempre está alterada en diversos grados. En ocasiones, -- gravemente; pero sin las connotaciones de la psicosis o de la neurosis.

Existe relativa adaptación en los casos leves. Hay una inadaptación manifiesta en los casos graves. La angustia severa es muy frecuente.

Los síntomas comunes son de apartencia, sólo de apartencia, psicológicos: obsesiones, conversiones, fobias, hipochondriasis, etc.

Hay muy clara conciencia de enfermedad, a diferencia de la psicosis y la neurosis. Son los pacientes que a más médicos consultan en busca de alivio.

La atención del enfermo está concentrada al máximo en su sintomatología y puede dejar o paralizar todo tipo de actividad útil.

Son enfermos impermeables a todo tipo de psicoterapia. No escuchan ni atienden las sugerencias del médico. El fracaso terapéutico es la regla,

Siempre reclaman tratamiento farmacológico. A veces el cuadro mejora en plan temporal, el fondo permanece idéntico.

La conciencia del paciente es siempre clara. Hoy en día, por la propaganda, tienen tendencia a sentirse "enfermos psicológicos", lo que dificulta enormemente su atención. Es casi seguro que su origen sea biológico y secundariamente psicológico.

## PSICOSIS MANIACODEPRESIVA

También conocida como psicosis melancólica. El vocablo depresión, vino a complicar grandemente la nomenclatura dando lugar a la innecesaria supresión y al olvido del tradicional nombre de melancolía, de la más pura tradición clásica, aunque de hecho se pueden presentar aisladas la manía, la melancolía y la depresión. Se ha insistido siempre en que corresponden a una sola entidad nosológica.

A pesar de que la clínica encuentra cuadros individuales diversos en cuanto a presentación, periodicidad y alternancia de altas y bajas de la afectividad, se ha planteado siempre un mismo y único padecimiento: la psicosis maniaco-melancólica.

De aquí que todas las referencias disponibles engloban, de hecho, los diversos cuadros en conjunto y éstos son llamados episodios, fases o brotes de la misma enfermedad recurrente, en la mayoría de los casos.

Frecuentemente están correlacionados un hábito pícnico y un temperamento cicloide lo que esencialmente coincide con las observaciones de Brumke - quien estableció que la personalidad pre-psicótica presenta una disposición exagerada al estado de ánimo triste y alegre. En términos generales hay un cierto valor etiológico en la constitución.

Dentro del poliformismo de los fenómenos que pueden ser observados en los cuadros de manía, es posible aislar una tríada sintomática que por sí misma es suficiente para establecer el diagnóstico:

1) la euforia, 2) la fuga de ideas, 3) la hiperactividad.

La euforia es una exaltación patológica del talante. También podría definirse como la alegría mórbida. La diferencia fundamental entre una alegría

dentro de la salud y aquella que se da como síntoma dentro de la enfermedad, radica en el hecho a todas luces comprobable, de que en la primera existe siempre un motivo para estar alegre, siendo característico de este estado alegre del ánimo que tiende a decrecer en un lapso breve. En cambio, la euforia, por el contrario, carece de motivo preciso y no decrece, sino que se prolonga por el tiempo que dure el acceso maníaco.

La euforia siempre surge de un fondo timopático y por ello mismo es siempre patológica. La euforia es siempre incomprendible y requiere de un enfoque explicativo y causalista.

Para poder captar el fenómeno patológico de la fuga de ideas se hace necesario recurrir al mecanismo de la asociación de ideas. El discurso se caracteriza por ser teatralístico, verborrico y abundante en expresiones. Se pierde la organización del tema central que siga una línea directriz; una idea que apenas es formulada, se abandona para ser connotar a cada idea como fugaz y al mecanismo de que hablamos como fuga de ideas. Este mecanismo de asociación por fuga, es tan característico de la manía, que requiere de ser identificado con absoluta claridad.

Su característica esencial propedéutica es que es posible al observador seguir el paso de una idea a la otra, viéndose siempre el puente que une a las mismas; este puente en ocasiones es la semejanza, el sentido contrario, la asonancia, la contigüidad, etc. Todo ello, por supuesto, con el fondo eufórico ya conocido, con el pensamiento acelerado y la atención dispersa.

Conviene contrastar la hiperactividad centrífuga, para una mayor claridad referencial, este tipo de actividad centrífuga de aquella otra actividad egocéntrica o centrípeta característica del esquizofrénico, dada la amplia extensión de su mundo autístico. El maníaco, al contrario, se fuga hacia el exte-

rior, busca al mundo y al objeto, entra en contacto con él, en forma fluida - se relaciona con los demás. Esta hiperactividad mórbida comprende la conducta global, abundante hasta el exceso y sus formas particulares que lo conducen al error o por lo menos a una inutilidad sostenida, sin metas fijas, sin aspectos valiosos y por lo tanto, de todo ésto emerge una conducta inadecuada, a veces, graciosa; pero siempre aberrante y desinhibida.

ESQUIZOFRENIA.

Eugen Bleuler, advirtió la gran variabilidad y polimorfismo sintomático de los enfermos llamados esquizofrénicos, observando el peligro del uso excesivo e indebido del término, llegando a un diagnóstico unificador en el que jugaran papel central un conjunto de síntomas esenciales que estuvieran presentes. Así surgió la aportación principal al problema de la connotación de la esquizofrenia, creando su célebre sintomatología primaria que reducía, — considerablemente, el número de esquizofrénicos verdaderos.

La esquizofrenia se convirtió en la psicosis por excelencia enfatizando que los enfermos que reciben la connotación de esquizofrénicos son tan diferentes unos de otros que difícilmente es pensable que permanezcan por derecho propio a una misma entidad nosológica.

## PROPEDEUTICA

## SINTOMAS FUNDAMENTALES O PRIMARIOS

## 1. Alteraciones en el pensar.

Incoherencias. Pararrespuestas. Interceptación del pensamiento. Pensamiento sonoro. Percepción delirante primaria. Robo de pensamiento.

## 2. Alteraciones del sentir.

Aplanamiento afectivo. Ambivalencia. Disociación ido-afectiva. Afectividad de cristal. Distorsión de la apetencia sexual. Alteración de la misma.

## 3. Alteraciones de la relación con el mundo.

Perpejidad. Alarimamiento, Ensimismamiento. Falta de iniciativa. Severa dificultad de comunicación. Tendencia a una actividad egocéntrica



con componente mágico.

#### SINTOMAS ACCESORIOS O SECUNDARIOS.

Las alucinaciones. Las ideas delirantes. Las gesticulaciones. La risa — sin condicionamiento externo. Los soliloquios. El negativismo. El mutismo.

#### EL AUTISMO

Es el resultado de todos los trastornos y consiste en el conjunto de elaboraciones totales en que vive y se ve sumergido el enfermo; corresponde al — llamado mundo esquizofrénico que se explora por la modalidad existencial de la psiquiatría. Todo el cuadro psicótico transcurre con conciencia clara.

1. Alteraciones del pensar

2. Alteraciones del sentir

Esquizofrenias

3. Alteraciones de las relaciones con el mundo

4. Sintomatología secundaria

Autismo o mundo existencial del esquizofrénico

## VIII

### EPILEPSIA

La epilepsia es susceptible de una definición fisiológica como la descarga en masa de un grupo de neuronas cerebrales, o de su totalidad, momentáneamente afectas a una sincronía excesiva.

Neurológicamente, consiste en las manifestaciones convulsivas de esta -- hipersincronía, o sus equivalentes. Psiquiátricamente, comprende los aspectos de desestructuración de la conciencia, en relación con las crisis y accidentes comiciales; y por otra parte, comprende las modificaciones de la personalidad que eventualmente están asociadas a estos trastornos.

Los trastornos epilépticos pueden dividirse en dos grupos etiológicos: -- idiopáticos y sintomáticos. En el grupo idiopático, las epilepsias no pueden atribuirse a lesión estructural cerebral demostrable, y frecuentemente son de origen genético. Las epilepsias del grupo sintomático se asocian con patología del cerebro debidas a anomalías del desarrollo, lesión o enfermedad.

Existen dos condiciones en que se funda el fenómeno convulsivo.

- 1o.- La tendencia constitucional hacia esta reacción, y
- 2o.- El estímulo apropiado probablemente; en toda persona sujeta a ---- convulsiones se cumplen ambos requisitos.

La proporción relativa de éstos varía según los individuos y son posibles todas las gradaciones.

Los estados clínicos convulsivos pueden dividirse en dos grupos:

- 1o.- Aquellos cuya inata tendencia hereditaria parece ser el factor predominante, y que pueden denominarse "convulsiones genéticas" (esenciales o idlopáticas).

2o.- En este grupo predomina cierto factor postconcepcional, y pueden denominarse "convulsiones adquiridas" (sintomáticas).

Se incluyen en este grupo la Epilepsia Jacksoniana, Traumática y Orgánica, la Tetania, la Eclampsia y el Síncopa.

Clínicamente, el síndrome consiste en alteraciones paroxísticas y recurrentes de:

- 1) La conciencia o de otras funciones psíquicas,
- 2) Movimientos musculares involuntarios, y
- 3) Trastornos del Sistema Nervioso Vegetativo.

Estos síntomas recurrentes coinciden con una descarga desrítmica de las neuronas del cerebro y se registran por medio del electroencefalógrafo.

## FRECUENCIA

La epilepsia se presenta en cerca del 0,5 por 100 de la población.

El comienzo de las convulsiones predomina en la primera infancia y en la adolescencia, pero aproximadamente en la cuarta parte de los pacientes privados y hospitalizados, los ataques se inician después de los veinte años. Están afectados por igual varones y mujeres, aunque el comienzo es más precoz en mujeres que en el hombre, quizá por un factor hereditario más intenso.

La enfermedad no está influida por el número de hijos en la familia ni su orden de nacimiento.

Las estadísticas son insuficientes para juzgar la frecuencia relativa de los ataques en los diversos grupos raciales y económicos.

## ETIOLOGIA.

De las principales causas de la epilepsia, la genética y la adquirida, la más importante es la genética.

Entre 2500 pacientes, el 35 por 100 sólo tenían antecedentes familiares de epilepsia o jaqueca, el 16 por 100 presentaba signos de enfermedad cerebral antes de la primera crisis; el 11 por 100 tenían antecedentes de los dos tipos genético y adquirido, y el 38 por 100 no presentaban dato ninguno que orientara en cuanto a etiología. Entre los parientes próximos de epilépticos escogidos al azar, la epilepsia crónica es unas tres veces más frecuente en la población general.

En el estudio de 225 pares de gemelos epilépticos en ausencia de antecedentes de enfermedad cerebral, se observaron convulsiones en los dos gemelos en 84,5 por 100 de univitelinos, y solamente en 15,9 por 100 de los bivitelinos.

Concuerdan en esta observación el tipo de ataques y la forma de las descargas en el electroencefalograma.

Las probabilidades de que un niño tenga más de una o dos crisis en la niñez son del orden de uno en setenta, es decir, solamente tres veces la frecuencia de la epilepsia crónica en la población adulta. El factor herencia, juzgado por el número de parientes cercanos afectados, es menor para la epilepsia que para trastornos tan frecuentes como jaqueca, diabetes, hipertensión, artritis reumatoide, obesidad y tuberculosis. Esta probabilidad disminuye si existe una causa adquirida, si las convulsiones se iniciaron en época tardía, si la familia del presunto cónyuge se haya completamente libre de casos de epilepsia o de jaqueca, y si el electroencefalograma de esta persona es completamente normal.

Hay que tener presente el posible efecto beneficioso físico o mental del casamiento, además, la epilepsia como muchas otras afecciones no se hereda directamente, sino sólo la predisposición; si pueden evitarse los factores adquiridos desencadenadores, es posible que la predisposición permanezca latente.

Las causas adquiridas (sintomáticas) de epilepsia son múltiples, aunque de ordinario sólo se descubren en aproximadamente la cuarta parte de los pacientes.

En un grupo de cerca de 4000 pacientes, se consideraron como causas principales de las convulsiones las siguientes anomalías congénitas, 8.8 por 100; traumatismos cerebrales después del parto, 5.8 por 100; infecciones - incluso convulsiones febriles, 4.5 por 100; tumor cerebral, 1.6 por 100; trastornos circulatorio-cerebrales, 1.2 por 100; otras causas, 1.2 por 100. En el 78.9 por 100 de los pacientes no se logró descubrir síntoma de enfermedad orgánica del cerebro.

La causa de la epilepsia se halla en el cerebro y se ha investigado en vano la presencia de lesiones características. En la autopsia frecuentemente se observan alteraciones neuropatológicas, incluso en casos insospechados durante la vida. Las más comunes son las atroñas, gliosis, aracnoiditis, aunque tales lesiones parecen más bien consecutivas a las convulsiones o a un proceso adquirido.

El fenómeno fundamental de la epilepsia genética (esencial) es la desritmia de los potenciales eléctricos del cerebro, manifestación hereditaria consecutiva a peculiaridades fisicoquímicas de las descargas celulares del cerebro. Las anomalías estructurales del cerebro, genéticas o adquiridas, sólo parecen coadyuvantes. Las descargas convulsivas proceden de la

función de las neuronas vivas, no de las muertas, de los tejidos cerebrales de sostén ni de los cuerpos extraños en él anclados, lo peculiar de la epilepsia es la estructura química de los genes que viene a expresarse en la estructura o en la reacción química de las neuronas del cerebro. Esta química patológica se manifiesta a su vez en el grado y voltaje de las pulsaciones eléctricas del cerebro.

El origen de la epilepsia debe buscarse en la neurofisiología del cerebro. Posee indudable importancia el metabolismo de las neuronas, la utilización de la glucosa y del oxígeno, el equilibrio acidobásico y la tensión de anhídrido carbónico, han demostrado tener relación con las convulsiones gran número de fenómenos como los siguientes: permeabilidad de las membranas celulares, acetilcolina y transmisión química de los impulsos nerviosos, equilibrio entre potasio en el interior de la célula y sodio del exterior, influído por la corteza suprarrenal, sistema nervioso simpático y emociones.

Los epilépticos tienden a presentar valores muy bajos del metabolismo basal, reacciones lentas a las emociones y riego sanguíneo periférico lento.

La fisiología de los epilépticos, como sus ondas cerebrales, parece ser inestable, con grandes fluctuaciones irregulares de hora en hora o de día en día.

Las circunstancias que tienden a producir o prevenir los ataques en pacientes que ya los sufren, ayudan a identificar las alteraciones del umbral convulsivo y contribuyen de esta forma al tratamiento de la epilepsia. Diferentes condiciones influyen en las convulsiones, especialmente en el pequeño mal.

1) Tienden a inhibir las convulsiones: la acidosis por inanición o dietas cetógenas; la ingestión de ácidos o de sales acidificantes; la respiración en-



atmósferas con alta concentración de anhídrido carbónico y ácido láctico por medio de un trabajo muscular y mental vigoroso.

La alcalosis consecutiva a la hiperventilación pulmonar o a la ingestión de alcalinos tiende a desencadenar las convulsiones.

2) La deshidratación tiende a inhibir las convulsiones y el abuso del agua es considerado, desde hace mucho tiempo, como convulsionante.

3) El aumento de la tensión de oxígeno y la hiperglucemia tienden a prevenir las convulsiones, la anoxemia y la hipoglucemia las provocan.

4) Diferentes medicamentos tienden a inhibir las convulsiones, otros las provocan. Su mecanismo de acción ha sido poco estudiado.

La clasificación de la epilepsia es:

#### EL GRAN MAL (motor mayor) (convulsiones).

La crisis se inicia por la caída, de frente, con posibilidad de heridas y de un grito breve.

Puede presentarse a cualquier edad, el paciente pierde el conocimiento, los músculos se ponen rígidos, la respiración se suspende, y cae si no se le sujeta.

Este espasmo da lugar a la mordedura de la lengua y un rostro lívido a causa de la apnea, con las venas engurgitadas. A medida que aumenta la cianosis, las pupilas se dilatan y se hacen insensibles a la luz; los reflejos normales están abolidos, se eleva la presión arterial, y fluyen el sudor y la saliva. La asfixia y la acumulación de anhídrido carbónico en la sangre probablemente ponen en acción fuerzas inversas; en menos de un minuto las contracciones tónicas, rígidas, son reemplazadas por sacudidas clónicas, entrando el aire en los pulmones y arrojando saliva espumosa por los labios,

posiblemente mezclada con sangre pulmonar pobre en oxígeno. Después, bañado en sudor maloliente, el paciente queda exhausto y relajado. Si las convulsiones son intensas, van seguidas de sueño profundo, cefalalgia, vómitos, dolores musculares y depresión de ánimo. Los ataques convulsivos se producen con intervalos variables, algunos pacientes sufren uno o dos al año, otros, varios al día.

El 8 por 100 de los pacientes han pasado por el estado epiléptico que se caracteriza por una convulsión que sucede a otra sin intervalos lúcidos entre ellas.

En general, los movimientos convulsivos unilaterales o localizados, son más frecuentes en la epilepsia adquirida que en la genética. En los ataques de origen focal, la cabeza y los ojos pueden girar hacia un lado, el opuesto a una lesión, las convulsiones de los miembros pueden ser unilaterales.

Una forma casi pura de epilepsia adquirida es la denominada Jacksoniana.

Son más específicos los nombres de la epilepsia pre y postrolándica. En esta forma los movimientos convulsivos a las sensaciones anormales comienzan en los pequeños músculos de la mano, pie o cara y se extienden con lentitud, mientras el paciente los contempla impotente.

Su "evolución" puede terminar espontáneamente, ser detenida por compresión de ciertas zonas, o extenderse al resto del cuerpo, sobreviniendo convulsiones generalizadas y pérdida de la conciencia.

La zona de la corteza cerebral que corresponde a la parte del organismo primeramente afectada se denomina "zona desencadenante".

Generalmente el mal dura de 5 a 10 minutos y no presenta datos específicos en el electroencefalograma.

## EL PEQUEÑO MAL.

Puede definirse como la serie de accidentes que sobrevienen cuando la descarga generalizada es muy breve. El síntoma predominante es la pérdida o alteración de la conciencia. A continuación, las crisis atónicas y las mioclonías bilaterales (tríada del Pequeño Mal de Lennox).

Suele presentarse entre los 4 y los 14 años, se produce inadvertidamente estableciéndose y cesando de modo brusco durante pocos segundos, sin síntomas secundarios. Suelen producirse movimientos rítmicos de los párpados o de la cabeza, al compás de 3 por segundo, sincrónicamente a la espiga del electroencefalograma. Esta forma de ataque suele presentarse en la epilepsia genética y es más frecuente en la mujer, y durante la infancia y la pubertad. Los ataques suelen repetirse muchas veces al día, pero son relativamente inofensivos y tienden a desaparecer después de la adolescencia.

El estado de Pequeño Mal puede durar varias horas; en ocasiones sólo se diferencia de una crisis psíquica mediante el electroencefalograma. Las crisis mioclónicas y las caídas (acinélicas o por inhibición), constituyen similares del Pequeño Mal; la desritmia que se produce durante tales crisis es de tipo espiga-onda, y la tridiona es el medicamento que tiende a mayores posibilidades de resolver la situación. Los ataques son caídas de los primeros años de la niñez, consisten en una pérdida súbita del control postural. Los registros electroencefalográficos muestran descargas de ondas lentas y de tipo espiga onda, indicando lesión orgánica y mal pronóstico.

## EPILEPSIA PSICOMOTORA. (epilepsia del lóbulo temporal).

Observada con mayor frecuencia en los niños mayores, adolescentes y --

adultos. Las manifestaciones varían considerablemente y constan principalmente de automatismos (por ejemplo: movimientos masticatorios, chasquido de los labios, movimientos motores extraños y en ocasiones ademanes raros), duran aproximadamente algunos minutos y pueden ocurrir diariamente.

Característicamente el encefalograma muestra ondas en forma de pico-temporales anteriores o lentas.

Pueden observarse fenómenos subjetivos como estado onírico, impresión de irrealidad, o pensamientos o risa compulsivos, también pueden observarse alucinaciones visuales, auditivas, del olfato o del tacto.

También se encuentran los estados amnésicos, con pérdida de contacto con el medio ambiente o sin ella, automatismo, movimientos de deglución o masticación, confusión, incluso estupor. La cabeza y los ojos pueden volverse hacia un lado. Los episodios breves suelen calificarse equivocadamente de Pequeño Mal cuando el enfermo parece tener conciencia del medio que lo rodea, suele ser difícil la diferenciación con la histeria.

También se encuentra el grupo psicomotor, de amnesia con actividad muscular anormal asociada, rigidez simple de los músculos sin espasmos, conducta violenta, crisis durante las cuales el enfermo corre, estados de fuga. Las medidas coercivas solo aumentan la violencia de la situación. Las crisis psíquicas son más frecuentes en el varón que en la mujer, en los adultos que en los niños.

Muchas veces aparecen después de una larga historia de convulsiones y puede resultar difícil diferenciarlas de la psicosis, la simulación o el histerismo, a menos que resulte posible demostrar un foco de espigas a nivel de un área temporal o estructuras asociadas. Este lóbulo temporal parece --

constituir el lugar de convergencia de la psiquiatría y la epilepsia.

Hay dos tipos de epilepsia infantil que están asociados con deficiencia mental, y estos ataques no son controlados fácilmente.

### ESPASMOS INFANTILES.

Se presentan principalmente entre los tres meses y los dos años de edad. Los ataques se presentan en serie y son de tres tipos principales:

Ataques flexores con actitud de Salaam caracterizados por la proyección hacia adelante de las extremidades superiores, con flexión de la cadera y la cabeza, espasmo de los extensores con flexión a nivel de la cadera, y espasmos con movimientos de vaivén de la cabeza. Un gran porcentaje de estos niños son deficientes, presentando trazos característicamente cábricos en los electroencefalogramas, consistentes en ondas lentas de voltaje muy alto intercaladas con ondas en forma de pico, lo que se llama hipsarritmia.

El otro trastorno convulsivo de la niñez es el síndrome de Lennox-Gastaut, de mal pronóstico también, ya que se asocia frecuentemente con grave daño cerebral y deficiencia mental, y mala reacción al tratamiento. Los ataques se presentan generalmente entre 1 y 9 años de edad, pudiendo ser de diversos tipos de combinación. Estos incluyen ataques atónicos acinéticos (epilepsia que hace caer al suelo), accesos tónicos, accesos clónicos, accesos de "ausencia" y también accesos de tipo Gran Mal. El trazo del electroencefalograma es característico mostrando de 1.5 a 2-2.5 componentes de ondas de espiga por segundo.

## TRATAMIENTO DENTAL.

El Odontólogo debe familiarizarse con el tipo y frecuencia de los ataques epilépticos del niño antes de iniciar el tratamiento, ya que los trastornos — pueden manifestarse en forma de ataques diferentes. El Odontólogo deberá poder reconocer los principales y así estar preparado para hacer frente al problema.

El objetivo principal del Odontólogo es evitar que el niño se lesione. Deberá insertarse una ayuda bucal de caucho o plástico para evitar que se — muerda la lengua, colocándose al paciente en una posición en que no pueda — lesionarse.

COMO DEBE TRATARSE Y VIGILARSE A LOS ENFERMOS MENTALES  
EN EL CONSULTORIO DENTAL

COMO DEBE DE TRATARSELE.-

En un manicomio llama desde luego la atención la diferencia en el aspecto y conducta de los enfermos. A unos se les ve que hablan sin cesar, gritan, cantan, interpelan al visitante, etc., son los "agitados", por lo común maniacos.

Otros van y vienen sin cesar, preocupados siempre, se levantan constantemente, sin razón ni motivo, son los "melancólicos".

A veces su aspecto es otro; sentados en su cama o en algún rincón, con la vista en el suelo, los brazos caídos, indiferentes a todo, se niegan a contestar, a cambiar de posición, a comer, etc., se niegan a todo, por lo que algunos les han llamado "negativistas", son los melancólicos con "estupor".

Otros no están tan deprimidos y quietos como estos últimos, ni tan agitados como los que llevan ese nombre; generalmente están tranquilos, pero repentinamente y sin motivo aparente, se irritan, amenazan, insultan y aún pegan, en una palabra, se vuelven "furiosos", son los "impulsivos".

Otros pasean satisfechos, contentos, miran con inferioridad a los demás, se creen ricos, poderosos, etc., son los "paralíticos" generales o que padecen de la "locura de grandeza".

Hay otros muchos tipos de enajenados como el "perseguido", el "idiotita", el "místico", el "hipocondríaco", el "epiléptico", etc.

Vemos como debe tratarse a los diversos tipos de estos enfermos. Nunca tal vez, se necesita más tacto, talento y sangre fría, como para tratar a estos enfermos.



En general, el Cirujano Dentista debe tratarlos con dulzura pero con la firmeza necesaria para mantener sobre ellos un ascendiente moral. Conservará siempre su sangre fría recordando que en general, el loco es menos peligroso de lo que parece, sobre todo si se tiene vigilancia.

Cuando el Cirujano Dentista es amenazado no debe desafiarlo pero tampoco manifestarle miedo, aparentando tranquilidad procurará convencerlo de que hace mal y de que él no merece ser tratado mal, pero al mismo tiempo llamará más personal en su auxilio.

Hay locos que hablan continuamente de sus ideas teniendo el Cirujano Dentista que escucharlo a cada momento para que no se crea desatendido, pero sin entablar discusión, y si en su peroración se exaltan, a veces se logra poner fin a este acceso con una afirmación categórica, aunque sea referente a otro asunto.

Al que padece delirio de grandeza no hay que contradecirlo, al melancólico y al hipocondríaco, se procura tranquilizarlos con afirmaciones concretas, así al primero se le dirá que no es un criminal como él cree (si es su delirio) que es un hombre honrado y bueno; al hipocondríaco se le curará de su padecimiento, etc., pues si estas afirmaciones no lo convencerán cuando menos lo harán vacilar.

Pero lo que nunca debe hacer el Cirujano Dentista es burlarse de las ideas del loco, por muy extravagantes que ellas sean, pues esto le quitará la confianza del enfermo. Con el que se cree perseguido, el Cirujano Dentista no debe tomar el partido y la defensa del que el enfermo cree que es su perseguidor, pudiera ser que él lo tome como cómplice y patinar con esto hasta su vida.

Lo mejor en este caso es no opinar y solamente decirle que empeora su

## EL CONSULTORIO DENTAL.

El servicio que actualmente se tiene en la mayoría de los sanatorios para enfermos mentales puede considerarse como auxiliar, puesto que resuelve — por el momento los problemas de dolor o molestia que tiene un enfermo internado en esos sanatorios.

Nos encontramos en su mayoría, con que los consultorios dentales no están debidamente equipados para poder realizar una intervención dental más o menos completa. El Cirujano Dentista se tiene que adaptar al instrumental — escaso que tienen estos sanatorios.

Cuentan con un sillón dental (sin unidad), unos cuantos forceps y unas — cuantas pinzas y espajos para realizar curaciones, pues por lo general, los Cirujanos Dentistas que trabajan en estos sanatorios sólo se dedican a exodoncia y casi nunca hacen restauraciones. Los cuartos que ocupan no están acondicionados, son oscuros, reducidos y mal pintados (ésto se puede observar en el Manicomio General).

Para que un consultorio dental preste servicio eficiente, debe estar equipado de la siguiente manera: la pieza debe ser amplia, con mucha luz, lavado de color claro, las paredes perfectamente aseadas, con el objeto de que el enfermo mental encuentre ahí un lugar de tranquilidad y que éste no sea — motivo de intranquilidad al encontrarse en un espacio pequeño, oscuro y — sucio, etc.

El sillón debe ser de una construcción especial (o hacerle adaptaciones al sillón común y corriente que se usa), el cabezal debe estar provisto de — una venda frontal con el objeto de que la cabeza esté fija. Se debe quitar de la vista del paciente todo objeto con el cual pueda provocar un accidente.

MANIFESTACIONES DEL MEDIO BUCAL  
(MAS FRECUENTES).

El Odontólogo debe tener conocimiento de qué puede sucederle al cuerpo del hombre cuando su mente está sujeta a influencias propias y extrañas a su dolencia, así como qué puede sucederle a la mente y conducta del hombre — cuando su cuerpo está enfermo.

Los cambios que sufre el organismo cuando se enferma, pueden ser originados por estímulos emocionales en forma tan intensa o afectiva por traumas, bacterias o toxinas.

Los cambios fisiológicos que acompañan las emociones pueden perturbar la función de cualquier órgano del cuerpo; ésto se comprueba fácilmente en el rubor o en la sensación que acompaña al miedo.

La cavidad bucal no escapa a estas manifestaciones; entre las más comunes se señalan la abundancia o falta de salivación, el castaño de los dientes o la desaparición del dolor cuando el paciente se sienta al sillón.

Dentro de las manifestaciones más frecuentes se encuentran:

1) Xerostomía.- Se llama así a la sequedad de la boca y puede ser de corta duración o permanente.

Sintomatología.- El paciente tiene dificultad para masticar y deglutir los alimentos que necesitan de la tialina de la saliva para su digestión adecuada.

La mucosa se reseca, se agrieta y puede infectarse fácilmente; ésto ocurre sobre todo en los labios que están constantemente expuestos al aire y se agrietan fácilmente si no se humedecen con saliva.

2) Tialismo.- Es la excesiva secreción de saliva, lo normal es de 1 1/2 litro por día. En el tialismo la saliva escurre fuera de la boca o es tragada

constantemente.

Algunos medicamentos como los yoduros y la polícarpina son causa de tiazismo.

Sintomatología.- El escurrimiento es muy desagradable y hay babeo en los dementes, idiotas.

3) Neurosis Vegetativa.- Son aquellas respuestas viscerales producidas por la excitación del Sistema Nervioso Autónomo como resultado de situaciones psíquicas de apremio por factores ambientales o intrapsíquicas cuya persistencia origina cambios tisulares irreversibles. Las estructuras bucales, como cualquiera otra del organismo, son susceptibles de alteraciones tales. Así las alteraciones degenerativas que acompañan la artritis reumatoide pueden ser el resultado de alteraciones locales del metabolismo tisular como consecuencia de distonías neurovegetativas.

Reacciones alérgicas que con alguna frecuencia puede observar el Cirujano Dentista son los edemas angioneuróticos, la estomatitis medicamentosa - idiópática, el enanema alimenticio y la estomatitis venenata. Generalmente puede conocerse la causa que las produce; sin embargo, la razón por la cual los tejidos de una persona están sensibilizados a determinados agentes ante los cuales la mayoría de las personas reaccionan normalmente, sin ninguna alteración como respuesta, es desconocida la etiología de las afecciones alérgicas y sigue siendo oscura. Faria hace hincapié en que los enfermos de alergia presentan síntomas de desequilibrio vegetativo con predominio vagal, responsable éste de manifestaciones colinérgicas (sialorres, miosis, etc.).

Podemos decir que los trastornos alérgicos bucales, como cualquier otro, pueden tener origen psicógeno mediante el mecanismo psicofisiológico de las

neurosis vegetativas .

Así mismo, dermatosis de manifestaciones bucales, tienen sin duda una relación psicósomática estricta,

Investigadores asocian la dermatosis al contenido psíquico de los enfermos.

La asociación de bricomanía con la acrodinia, puede ser un individuo de origen psicógeno. Aun cuando se sabe que el herpes simple es producido por un virus, y se sospecha la participación vital en la producción de aftas recurrentes y herpes zoster, estas alteraciones se ocupan frecuentemente de trastornos emocionales.

El líquen plano, es de todas las dermatosis con manifestaciones bucales el mejor ejemplo.

Alteraciones de la estructura lingual, pueden así mismo asociarse al contenido psíquico del enfermo. La lengua escrotal, si bien es una anomalía congénita (que algunos autores asocian también a las alteraciones mentales como la oligofrenia) Sáenz de la Calzada, la lengua geográfica.

4) Quemaduras Químicas.- Características clínicas.- La sustancia química con propiedades cáusticas (ácidos y álcalis) causan heridas a la mucosa bucal. Frecuentemente, una quemadura es causada por la aspirina. Otros cáusticos tales como la lejía, producirán necrosis de liquefacción de la mucosa y úlceras profundas.

Curso de la enfermedad.- Después de la aplicación del producto químico irritante y su acción cáustica local, se produce una reacción inflamatoria con hiperemia y edema.

En quemaduras por aspirina y otras quemaduras superficiales, la curación tendrá lugar entre los cinco y siete días. En quemaduras graves y

profundas se presenta un intenso despegamiento de los tejidos junto con ulceraciones profundas.

#### Etiología.-

Automedicación: 1. Aspirina; 2. Nitrato de Plata; 3. Tintura de Yodo; -  
4. Enjuagatorios fuertemente irritantes.

Uso accidental o suicida: 1. Lisol; 2. Fenol; 3. Lejía; 4. Cloruro de Mercurio.

Aplicación dental accidental: 1. Fenol; 2. Acido tricloro acético; 3. Nitrato de Plata.

#### 5) Hiperplasia Inflamatoria (localizada). Epulis Inflamatorio.

Características clínicas.- Es un crecimiento inflamatorio asociado con irritación local. La lesión comienza habitualmente con el crecimiento de una sola papila gingival. La ulceración superficial no es infrecuente.

Curso de la enfermedad.- Su ataque es engañoso y puede ser notado por el paciente solo después de que ha alcanzado tamaño considerable. La lesión es lastimada fácilmente y puede inflamarse en forma aguda, tornarse dolorosa y sangrar.

Etiología.- Las lesiones se deben a irritaciones mecánicas tales como cálculos, impactación de alimentos, bordes agudos de lesiones cariosas o restauraciones defectuosas. La lesión puede también formarse en heridas de las extracciones debido a una punta aguda o secuestro óseo.

6) Deficiencia de Vitamina A.- Características clínicas.- Enfermedades por deficiencia nutritiva con manifestaciones sistemáticas y variadas.- En la boca, se cree que la deficiencia es uno de los factores que condicionan las lesiones hiperqueratósicas.

situación tomando las cosas de esa manera, etc., pero si el enfermo llega a manifestar que cree que él también es su enemigo, no debe dejarlo en esa creencia, le dirá enérgicamente y con toda serenidad que está equivocado, que nada le ha hecho de malo, que por el contrario sólo se le quiere curar - para su bien, etc., con lo que conseguirá que cuando menos quede quebrantada su convicción y duda.

A veces el enfermo diserta con seres imaginarios insultándolos, etc., -- otros que se esconden para escapar de seres que los amedrentan, o bien, se tapan los oídos para no oír los insultos o burlas que nadie les dice. Es a esto a lo que se le ha llamado alucinación que no hay que confundir con ilu-- alón.

Así, si enfermo al ver al Cirujano Dentista, por ejemplo, cree y está -- seguro que es otra persona y como a tal le dirige la palabra; cuando un en-- fermo tiene una alucinación es inútil contradecirlo, pues no se le convence y sí se le disgusta.

A los epilépticos hay que tratarlos con bondad, pues estos infelices dán-- dose cuenta de su desgracia sufren mucho, de ahí su constante tristeza y mal humor; hay que alentarlos y consolarlos sin tomar en consideración sus in-- consecuencias y aún insultos, como no se toman los de otros enfermos de delirios; por no ser responsables, además sería muy peligroso para el Ciruja-- no Dentista atraerse la mala voluntad de esos enfermos, pues son capaces -- de cualquier crimen aprovechando algún descuido.

#### COMO DEBE VIGILARSE.-

El suicidio es relativamente frecuente en los enajenados. Una vez es casual y otras intencional. A nosotros nos interesa lo intencional.



El suicidio intencional es de temer, sobre todo en los melancólicos que tienen esa tendencia; lo mismo, en los obsesionados por esa idea.

Se ha calculado que el 80% de los melancólicos tienen esa tendencia, unos porque están convencidos de que son inmensamente desgraciados y tratan de quitarse una vida que les es muy pesada; otros creyéndose culpables de grandes crímenes, se dan la muerte como castigo.

Cuando se nota que un melancólico se pone más silencioso y apático, hay que vigilarlo más estrechamente pues a veces su acción es intempestiva y rápida.

Hay también que saber que no es raro que el melancólico induzca a otros al suicidio.

En cuanto a los obsesionados, frecuentemente son individuos conscientes que se dan clara cuenta de lo absurdo de su idea, luchan por quitarse esa obsesión, pero ésta se les impone cada vez más y más y acaba a veces por vencerlos.

Los hipochondríacos, a veces oyen voces que les dicen que deben matarse porque nunca se aliviarán y sólo serán una carga para los demás, o simplemente que les ordenan matarse y ellos obedecen.

La vigilancia de los predispuestos al suicidio será extremada, por lo que se revisará el consultorio antes de que llegue el paciente, retirando de la vista todos los objetos que puedan ser utilizados como armas. Se les revisará antes de salir del consultorio, pues suelen conseguir con astucia algún objeto con el que puedan matarse o matar.

Cuando se tenga que poner algodón, se tendrá cuidado porque son capaces de ingerir el algodón para asfixiarse.

Cuando ésto pase, no hay que esperar a que el enfermo grite pues cuan-

do la abertura glótica está tapada con el algodón, sólo se nota que la cara -- se le pone amoratada, que echa su cabeza hacia atrás, se agita, y por último cae asfixiado.

En este caso se le abrirá la boca, lo que no presenta dificultad si ya está privado por la asfixia, y en caso contrario se le abrirá a la fuerza con un -- abre-boca para que no muerda; una vez abierta, se le sacará el algodón con pinzas o algún instrumento apropiado. Extraído el algodón, si el enfermo no vuelve en sí, se le dará respiración artificial.

Hay otros enfermos con tendencia a incendiar, por lo que se procurará no tener a su alcance la lámpara de alcohol ni los cerillos.

Otros tienen tendencia al robo.

**Curso de la enfermedad.**— Experimentos con animales y la observación — en los seres humanos han señalado que la Vitamina A es necesaria para mantener la integridad normal del epitelio.

El ojo, la piel, las membranas mucosas bucales y el tracto respiratorio, estructuras todas cuya integridad fisiológica depende del epitelio especializado, muestran cambios hiperqueratósicos y una aumentada susceptibilidad a las infecciones cuando la Vitamina A es deficiente.

**Etiología.**— El concepto de que algunas formas de hiperqueratosis pueden producirse en pacientes que experimentan prolongada deficiencia de Vitamina A ha obtenido apoyo que va en aumento, especialmente cuando las lesiones — hiperqueratósicas bucales muestran rápido retorno a la normalidad con la — administración de grandes dosis terapéuticas de esta vitamina. Los trastornos intestinales son con frecuencia la causa de la absorción insuficiente de Vitamina A y deben ser remediados.

**Deficiencia de Vitamina C.**— **Características clínicas.**— Bucalmente encontramos: gingivitis hemorrágica hiperplásica, movilidad de los dientes y — hemorragias petequiales. La encía marginal y papilar es de color rojo vivo y su crecimiento forma bolsas de moderada profundidad. La consistencia de la encía es blanda y como pantanosa y se debe a la excesiva tendencia a sangrar; los dientes pueden estar cubiertos por una capa de tinta marrón. El — aliento fétido es común.

El grado de complicación de los dientes y otros tejidos bucales está relacionado con el grado de trauma o función a los que están sujetos. Pacientes con bocas antihielénicas, que comen alimentos toscos, pueden presentar los más grandes cambios.

**Deficiencia del Complejo Vitamínico B.**— Es una enfermedad de deficiencia nutritiva con manifestaciones bucales y sistemáticas varias. La mucosa bucal es muy sensible a las deficiencias del Complejo B; por lo tanto, las lesiones bucales aparecen temprano, muchas veces antes que otros signos sistémicos sean notorios. Esta característica facilita el diagnóstico precoz y es útil para establecer el curso de la enfermedad, especialmente durante el tratamiento.

Los síntomas bucales más importantes son glositis atrófica y queilosis. Toda la mucosa bucal puede estar inflamada y sensible, puede producirse hemorragia gingival. La clasificación de estos síntomas se intenta como resultado de nuestro conocimiento de las consecuencias del retiro de un solo factor del grupo vitamínico B.

Aunque estas deficiencias puras son raras clínicamente, se distinguen las siguientes tres formas:

**Tiamina. (B1).**— Los síntomas bucales donde predomina la deficiencia de tiamina se manifiesta por hiperestesia de las membranas mucosas bucales, lengua, dientes, maxilares y cara. La lengua tiende a estar suave y edematosa.

**Rivoflavina (B2).**— La queilosis angular es un signo precoz de esta deficiencia, pero no es característica, dado que la queilosis puede también resultar del ácido pantoténico o deficiencias de clorhidrato de piridoxina. El primer cambio visible es la palidez de las comisuras de los labios, la cual es seguida pronto por maceración y más tarde por fisuración y hemorragia.

Debido a la atrofia de las papilas filiformes, el dorso de la lengua presenta una superficie brillante, suave, atrófica, tachonada con las elevaciones guljosas de las papilas fungiformes sobre un fondo rojo púrpura. Las

ulceraciones pueden desarrollarse en los márgenes laterales.

**Acido Nicotínico (Niactina).-** La lengua color rojo vivo, dolorida, es característica de la pelagra. El dolor quemante (glosodinia) es descrito por los pacientes. En casos crónicos la lengua se forma atrofiada y figurada hay queilosis. La gingivitis y la estomatitis con ulceraciones acompañan la glositis.

**7) Enfermedad de Addison.- Características Clínicas.-** Enfermedades por degeneración o destrucción de la corteza adrenal que concluye en hipofunción, caracterizada externamente por pigmentación excesiva de la piel y mucosas.

La pigmentación de la mucosa bucal es una señal temprana y común y puede conducir al diagnóstico antes que aparezcan otros síntomas. El color de la pigmentación puede variar desde marrón claro hasta casi negro y habitualmente se presenta en forma de manchas o rayas de la mucosa de los labios, lengua y paladar o encía.

**Curso de la enfermedad.-** Comienza con un insidioso ataque de debilidad, desarrollo gradual de excesiva pigmentación de la piel y membrana mucosa y trastornos gastrointestinales. La presión sanguínea es baja; hay excesiva pérdida de sodio y cloruros, y elevación de urea en sangre y nitrógeno no protéico.

**Etiología.-** La enfermedad se debe generalmente a tuberculosis, sífilis, lesión maligna o fibrosis que afectan la corteza adrenal.

**8) Hiperqueratosis Simple.- Características Clínicas.-** La afección se presenta con una placa blanca irregular, lisa, lechosa, que aparece seca y puede ser levantada en una base no eritematosa. Las placas blancas son simples o múltiples. La localización de las lesiones puede ser en el piso de

la boca, superficies ventral y dorso de la lengua, mejillas, paladar, labios y encía.

**Etiología.**— El curso de las lesiones es con frecuencia desconocido (idopático). Lesiones indolores, blancas, lisas y suaves, pueden no ser notadas por el paciente y ser observadas por primera vez durante un examen bucal de rutina.

Repetidas heridas físicas tales como la mordedura de la mejilla. Trastornos sistemáticos tales como sífilis, anemia por deficiencia de hierro y la deficiencia de Vitamina A deben ser consideradas como factores predisponentes a las lesiones hiperqueratósicas.

Las lesiones distróficas hiperplásicas e hiperqueratósicas son las que más frecuentemente afectan la mucosa bucal.

**9) Gingivitis Aguda Ulcerosa (tipo Vincent).**— **Características clínicas.**— Es un estado agudo inflamatorio caracterizado por úlceras que pueden extenderse a la superficie lateral de la lengua y paladar y a la superficie interior de las mejillas y labios.

En algunos casos las úlceras están cubiertas por una pseudomembrana gris amarillenta. La remoción de la membrana revela una superficie roja sangrante.

Es típico el olor fétido, la hemorragia y la linfadenopatía regional pueden ser síntomas prominentes.

La extensión a las amígdalas puede complicar la situación.

**Curso de la enfermedad.**— El ataque es repentino. Los síntomas sobresalientes son la salivación, el gusto metálico y el dolor. La hemorragia es frecuente; malestar general y fiebre, son síntomas frecuentes.

La primera fase grave puede ser seguida por un período de síntomas más

moderados en los cuales las lesiones pueden curarse en parte; sin embargo, si las papilas gingivales no se regeneran, las áreas interdentales implicadas se vuelven cóncavas y excavadas.

Si los factores predisponentes, tales como la irritación local y la disminuida resistencia general del paciente no son corregidas, el intervalo más leve será seguido por otra exacerbación más grave de la enfermedad.

Sucesivos ataques de variado grado y de severidad conducen a la pérdida progresiva de mayores cantidades de tejido gingival.

**Etiología.**— La enfermedad es causada por el bacilo fusiforme Dentium y la Espiroqueta Borrelia Vinventii y posiblemente otros tipos de espiroquetas. Dado que estos organismos están presentes en todas las bocas, debe presumirse que un agente local o general predisponente disminuye la resistencia de tejido.

**Factores predisponentes:**

#### **LOCALES**

- 1) Condiciones bucales antihigiénicas.
- 2) Contactos abiertos, márgenes sobreextendidos de obturaciones.
- 3) Dientes erupcionados.

#### **SISTEMATICOS:**

- 1) Enfermedades debilitantes.
- 2) Deficiencias vitamínicas.
- 3) Discrasias sanguíneas (agranulocitosis, leucemias).
- 4) "Stress" (sobreesfuerzo) psíquico.
- 10) Lesiones bucales a causa de la sífilis del sistema nervioso.

Algunas cepas de treponema pallidum están dotadas de especial afinidad —



por el tejido nervioso.

Formas comunes de neurosífilis son: parálisis general progresiva, sífilis parenquimatosa de la corteza cerebral y meninges que la cubre, y tabes dorsal o sífilis de los ganglios de las ramas posteriores.

a) Parálisis general.- La neurosífilis paralítica aparece en 3% aproximadamente de los pacientes que son sífilíticos, predominando en los varones. Los síntomas de la parálisis general son muy diversos y pueden simular cualquier enfermedad. Las primeras manifestaciones de esta forma de neurosífilis suelen ser las alteraciones de la personalidad.

b) Tabes dorsal.- Es manifestación tardía de la sífilis mal tratada o ignorada que se observa en 2,3% de los luéticos.

Los síntomas suelen aparecer de 10 a 20 años después del contagio, el enfermo suele experimentar sensaciones anormales de calor y frío y a veces dolores intensísimos.

c) Manifestaciones bucales.- En la tabes dorsal, puede haber dolores neurálgicos molestos en la cabeza y cuello que es necesario diferenciar de las causas por focos dentales o faríngeos.

Se observa en estos pacientes pérdida del gusto y necrosis espontánea de la apófisis alveolar sin causa aparente.

Las parestesias son comunes en labios, lengua y mejilla, suelen observarse ulceraciones del paladar y el tabique nasal, más o menos indoloros.- Kran y Pent pudieron realizar en estos enfermos la extracción de dientes sin anestesia.

Se ha informado también de necrosis espontánea de la pulpa dentaria sin factores desencadenados conocidos tanto en parálisis general como en tabéticas. Prentz observó que la reacción de la pulpa dentaria a la corriente de

Inducción está muy modificada en tabéticos y paráliticos generales.

En 94% de los casos se observaron alteraciones, desde la hiperestesia a la anestesia.

También se observó degeneración sífilítica del ganglio de Gasser.

#### 11) Disposición Endógena (línea de bismuto).

Característica clínica.- Después de la terapéutica con bismuto pueden producirse depósitos negro-azulados del mismo en las pupilas y márgenes de la encía, mejilla, mucosa y lados de la lengua; depósitos pequeños aparecen como puntos mientras cantidades más abundantes se presentan como decoloraciones más pronunciadas, especialmente notables como marcadas líneas oscuras rodeando los dientes. Se observa constantemente inflamación de los tejidos afectados.

El mecanismo probable de la disposición de bismuto es que las sales de bismuto son llevadas en solución por la sangre y son depositadas en tejidos bucales inflamados localmente. El sulfato de hidrógeno, producido por bacterias en la boca, pueda reaccionar con el bismuto para formar sulfuro de bismuto negro.

Etiología.- Se presenta después de inyecciones de compuestos de bismuto durante la terapéutica antisifilítica en los pacientes que sufren una gingivitis preexistente.

La pigmentación por el bismuto es un hecho bastante común pero se ha vuelto menos frecuente desde que la penicilina ha sido usada en la terapéutica antisifilítica.

ANALGESIA

Básicamente, nuestra meta principal será tratar al niño en la forma más eficaz; ésto es eficacia para el niño, el dentista y todo el personal, con el menor traumatismo posible al niño, en lugar del menor grado posible para el dentista o para los padres.

Con frecuencia los profesionales se valen de algún truco, ya que así simplificamos las cosas para nosotros mismos. Por ejemplo, en lo que respecta a la mecánica de realizar procedimientos odontológicos restauradores para los niños incapacitados, resulta más fácil ésto cuando el paciente se encuentra bajo anestesia general; pero la utilización de anestesia general es la última modalidad de tratamiento y deberá ser evitada como truco.

También debemos evitar caer en la trampa de sucumbir a las exigencias de los padres. La bien intencionada madre que llama al consultorio solicitando o exigiendo que se le administre "gas" al niño durante su tratamiento, suele estar proyectando sus sentimientos con respecto a la Odontología y emplea el "gas" como un escape. En Odontología no menospreciamos la utilización de anestesia general, ya que posee un sitio definido dentro de ésta para los incapacitados. Sin embargo, cuando esté indicada, debemos utilizar la discriminación al seleccionar estos casos.

Cuidados tiernos y amorosos, son quizá algunos de los trucos más importantes, aunque también de los más descuidados. Con demastada frecuencia perdemos de vista a la persona que se encuentra en el extremo opuesto de los instrumentos y de las técnicas, y olvidamos que el niño incapacitado con limitaciones físicas y mentales, aún es un niño capaz de sentir. Por el contrario, no debemos permitirnos a nosotros mismos ni a nuestros ayudantes

demasiada empatía al grado que interfiera en la capacidad para suministrar cuidados en forma eficaz. Evidentemente deberá buscarse un término medio adecuado.

### ANESTESIA LOCAL.-

Parece lógico hablar de la utilización de anestésicos locales dentro de las técnicas que deberán ser empleadas en el manejo del lisado. Sin embargo, no obstante el nivel de complejidad alcanzado por la profesión dental, aún es sorprendente el número de clínicos que ejercen inspirándose en el concepto erróneo de que la Odontología para niños no requiere la utilización de anestesia local. Es cierto que con el perfeccionamiento de las piezas de mano de alta velocidad, la preparación de dientes primarios pueda en ocasiones incorporarse al concepto de molestia, y no de dolor. Desafortunadamente, este concepto posee un falso sentido de seguridad, ya que hay algunos niños que presentan aún alto umbral de dolor y que podrán tolerar estos procedimientos molestos sin presentar una reacción emocional. Sin embargo, la molestia es un concepto abstracto y en ocasiones difícil de comprender. Este es el caso especialmente en los niños, y aún más en los niños incapacitados.

Para muchos de estos niños, las cosas duelen o no duelen. Las cosas son blancas o negras. No existe ningún área gris, tal como la molestia. Por lo tanto, como en el caso de muchos de los incapacitados, estaremos tratando en una situación un tanto explosiva.

En ocasiones, suele ser difícil deshacer el traumatismo creado en los niños sin recurrir a la utilización de otros métodos, tales como la premedicación, etc.

Aunque la mayor parte de los Cirujanos Dentistas deseamos poder trabajar con niños y provocar la menor cantidad de experiencias traumáticas posibles, también se cree que con el desarrollo de nuevas técnicas para la administración de anestesia local, aunadas a la producción de agujas más afiladas y de calibre más delgado, anestésicos de acción más rápida y duración más corta, así como jeringas de inyección a chorro, el procedimiento para la administración de un anestésico local puede ser atraumático. Con frecuencia suele ser necesario combinar los instrumentos mencionados anteriormente con la utilización de un anestésico de acción rápida y eficaz aplicado superficialmente. Anestésicos locales calentados a la temperatura del cuerpo y gran cantidad de cuidados tiernos y amorosos.

#### PREMEDICACIÓN - SEDACIÓN.

Se ha empleado mucho y abusado de ésta, cargando con gran peligro y misterio para la mayor parte de los Cirujanos Dentistas.

Gran parte de la ignorancia que rodea a esta área crítica de la práctica dental se debe posiblemente a las limitaciones de los maestros que durante mucho tiempo consideraban la administración de drogas con cierto temor. Esta filosofía se ha venido cambiando recientemente, por lo que la utilización de la premedicación se ha convertido en parte del armamentario del estudiante de la Escuela de Odontología. Actualmente muchos planes de estudio incorporan no solamente clases extensas sobre la utilización de diversos agentes farmacológicos, tales como sedantes para el paciente infantil, sino también ofrecen directamente la oportunidad de probar la eficacia de las drogas en pruebas clínicas reales. Así las cosas, habiéndole sido proporcionada la oportunidad de emplear diversos medicamentos durante su

capacitación, el dentista neófito no considerará su utilización con el mismo temor que en años anteriores.

Aunque es importante reconocer el valor de la premedicación para el niño incapacitado, también es indispensable familiarizarse con la administración de las drogas, sus limitaciones y capacidad alérgica; es indispensable que el Cirujano Dentista familiarice al personal del consultorio con los efectos de las drogas y les enseñe las técnicas de urgencia necesarias en caso de alguna reacción indeseable.

Una filosofía de una palabra que mejor describe cuándo debe utilizarse la premedicación con el niño incapacitado es discriminación, ya que el uso indiscriminado de drogas ofrece gran cantidad de riesgos. El uso indiscriminado también puede ser definido como la prescripción al azar de medicamentos a todos o a la mayor parte de los pacientes, aunque el niño lo requiera o no.

Obviamente, en este caso, la premedicación se emplea principalmente como un truco, ya que en ocasiones el Cirujano Dentista no suele ser capaz de manejar al niño y su comportamiento y la utilización de drogas constituyen una salida fácil.

Este proceder deberá ser evitado, ya que no sólo es injusto para el paciente, sino que presenta riesgos.

El uso de drogas con discriminación es cuando se hace una distinción precisa o diferenciación entre aquellos niños que requieren premedicación y los que no la requieren. Los niños incapacitados caen dentro de alguna de estas categorías cuando no es posible tratarlos por métodos normales sin la utilización de drogas.

Sin embargo, el niño merece primero la oportunidad de demostrar si --

pueda o no tolerar un procedimiento dado sin el auxilio de las drogas. So-  
lamente después de que el niño manifieste un comportamiento negativo debe-  
rá tomarse la decisión de emplear premedicación, y en ese momento deberá  
hacerse la elección cuidadosa de la droga adecuada, lo que dependerá del --  
comportamiento demostrado y la situación médica del niño.

### ANALGESIA A BASE DE ÓXIDO NITROSO.-

El óxido nitroso es un truco dentro de la Odontología, ya sea para el niño  
incapacitado o para el niño normal. Aunque posee un lugar definido dentro del --  
sistema empleado para el tratamiento del niño, el óxido nitroso también de-  
berá ser empleado con discriminación. Por lo tanto, es indispensable con-  
siderar uno de los requisitos principales para la utilización de óxido nitroso,  
o sea, conservar siempre cierto grado de comunicación con el paciente en --  
todo momento. Es importante observar que se habla de analgesia a base de --  
óxido nitroso en su forma verdadera, y no anestesia, como suele usarse.

Por ésto, si nos adherimos a las normas de mantener comunicación cons-  
tante para determinar y vigilar sistemáticamente los síntomas del efecto --  
analgésico, evitaremos a su vez, su utilización en todos los niños incapacit-  
ados.

Aunque su efecto es limitado, el óxido nitroso es un auxiliar valioso donde  
está indicado y se puede emplear en niños incapacitados. Resultaría casi im-  
posible enumerar todas aquellas afecciones en las que el óxido nitroso esta-  
ría indicado, ya que resulta difícil generalizar y catalogar los diferentes ti-  
pos de afecciones y deficiencias. Por ejemplo, existen niños con parálisis --  
cerebral que son capaces intelectualmente de comunicarse con el dentista, -  
mientras que existen aquellos que no pueden hacerlo.



Así, cada niño deberá ser considerado como una entidad separada en el momento de la valoración dental.

### ANESTESIA GENERAL.-

Aunque ésta constituye el último recurso en cuanto a tratamiento de elección, la anestesia general ocupa un sitio definido en la Odontología para los incapacitados. Se dice que es nuestro último recurso, ya que existen otros métodos más seguros y menos caros actualmente.

La anestesia general deberá reservarse para aquellos casos en que hayan fracasado los métodos alternos y no exista ningún otro recurso. A veces, la anestesia general es una consideración primordial para el tratamiento.

La anestesia general tiene una de sus más claras indicaciones en el tratamiento de padecimientos dentales en niños incapacitados por las siguientes razones:

Con frecuencia estos niños no pueden hablar y tienen retraso mental con un grado excesivo de aprehensión que los hace difíciles de manejar; por otro lado los niños con parálisis cerebral tienen padecimientos estomatológicos múltiples que requieren tratamientos extensos. El manejo anestésico de estos niños requiere una preparación más cuidadosa por las dificultades mencionadas anteriormente.

Como en cualquier paciente pediátrico que va a ser sometido a un tratamiento de duración relativamente prolongada, la anestesia endotraqueal está definitivamente indicada ya que impide el paso a las vías respiratorias de secreción o materiales extraños, al mismo tiempo que permite la ventilación adecuada del paciente durante todo el tiempo del procedimiento.

La selección del agente anestésico se hará tomando en cuenta el riesgo -

de explosión inherente al equipo dental, cuando se usan agentes anestésicos como el ciclopropano y el éter de alto grado de explosibilidad. Los agentes anestésicos empleados son por lo tanto, el halotano y el óxido nítrico.

La cirugía oral con parálisis cerebral incluye tanto el manejo quirúrgico como anestésico.

El niño, desde el punto de vista anestésico, presenta más dificultades que el adulto. Tiene un metabolismo basal más alto, así como irritabilidad refleja, por lo que requiere un mayor porcentaje de oxígeno y una concentración mayor de agente anestésico.

Su inmadurez intelectual y emocional resultan en una hiperexcitabilidad preanestésica con aumento del metabolismo, y sus temores y fantasías a menudo resultan en formas de conducta que aumentan las dificultades del anestésico.

Debe seleccionarse la técnica anestésica que ofrezca un mayor margen de seguridad y rapidez de recuperación, ventajas que ofrecen los anestésicos de inhalación.

Con estos agentes anestésicos la profundidad anestésica puede variar rápidamente de acuerdo con el estado del paciente y las necesidades de la operación.

La medicación preanestésica adecuada puede disminuir el trastorno emocional y sus procesos metabólicos; de esto resulta una inducción suave, disminución del consumo de anestésico y recuperación rápida y sin accidentes.

Esto es más importante en el niño con parálisis cerebral que ya tiene una disminución en la circulación cerebral, con posible insuficiencia de los músculos de la respiración.

Al emplear algún anestésico general, siempre se incurre un riesgo de vó-

míto, espasmo y apnea; por lo tanto, podrán preverse medidas más suaves, aunque posiblemente menos potentes, cuando se emplee dicho agente.

La reacción del niño, especialmente si está bajo premedicación, es generalmente de cooperación, siempre que el Odontólogo sea paciente y comprensivo. Esto se verifica incluso en niños que parezcan incapaces del control físico y mental requerido para tratamientos dentales acertados. Si fallaran estos procedimientos de manejo del paciente, o si necesitara amplio tratamiento dental un niño gravemente impedido, el empleo de anestesia general ofrece una posible solución del problema.

#### INDICACIONES.-

Los niños que pertenecen a alguna de las siguientes categorías necesitarán usualmente anestesia general:

1. El niño no cooperativo que se resiste al tratamiento, a pesar de haberse intentado todos los procedimientos de manejo comunes.
2. El niño con trastornos de la hemostasia que requieran tratamiento dental extenso.
3. El niño retardado mental cuyo impedimento sea tan grave que dificulte toda comunicación entre Odontólogo y paciente.
4. El niño afectado de trastornos del sistema nervioso central que se manifiesten por movimientos involuntarios y extremos.
5. El niño con grave cardiopatía congénita, considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocados por extenso tratamiento dental.

XIII

NEUROPSICOLOGIA

Y

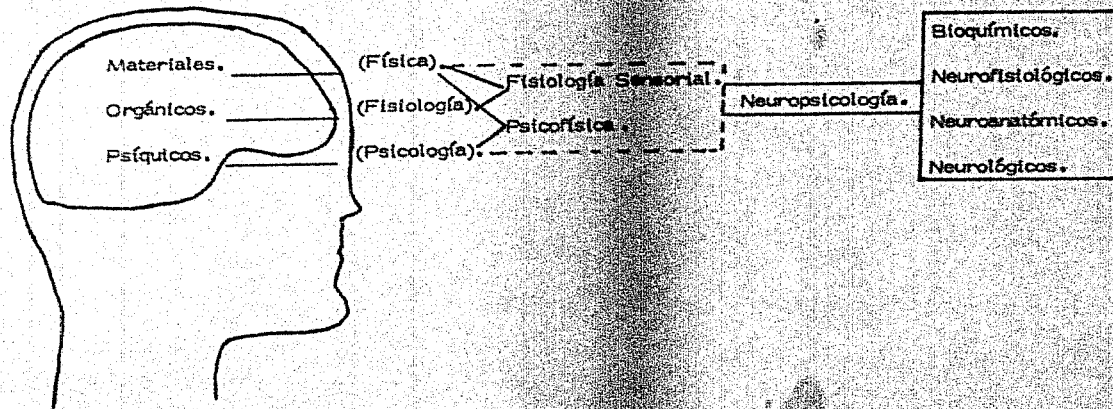
GENETICA

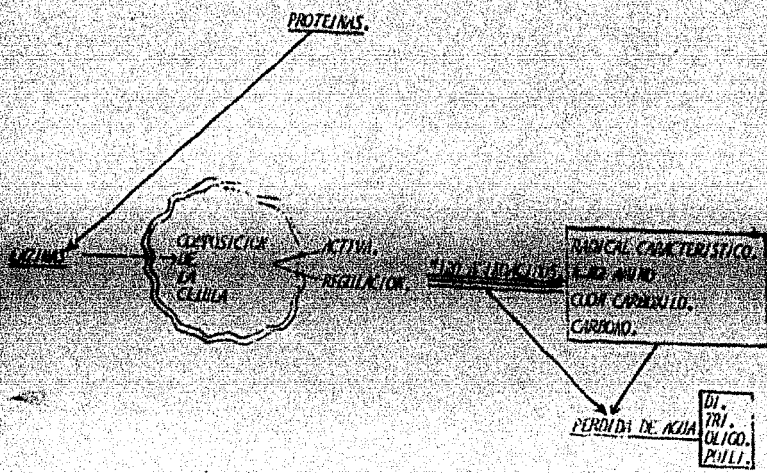
NEUROPSICOLOGIA

Y

FACTORES GENÉTICOS

SER VIVO.





La Neuropsicología estudia en base a las Proteínas.

Las Enzimas Catalizadoras están presentes en la célula en dos formas:

- 1) interior (en forma reguladora)
- 2) exterior (en forma activa)

Todas las enzimas compuestas por 120 aminoácidos unidas para formar cadenas de péptidos en la molécula de proteína, al unirse con otra célula - pierden agua, dando lugar a uniones

di.

tri.

oligo.

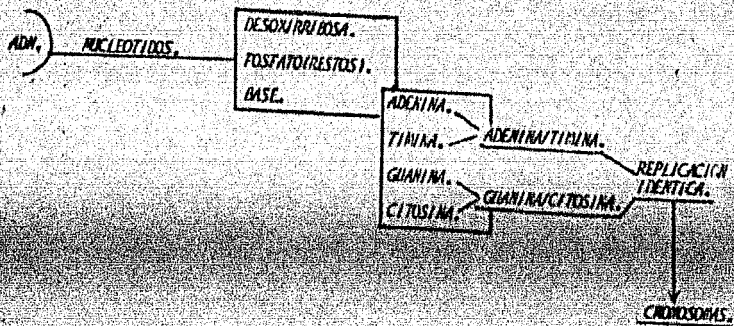
poli.

dependiendo de la

pérdida de  $H_2O$



ADN.



Todas las células compuestas de ADN, Nucleótido formado por Desoxirribosa, restos de fosfato y una base.

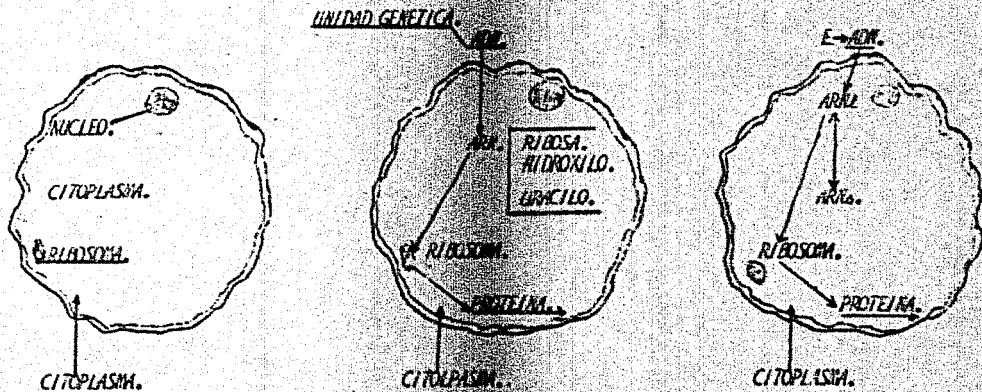
Para una réplica idéntica se unen dos moléculas idénticas

Adenina / Timina

Guanina / Citosina

Para que así pase la información de la misma manera y exista la replicación idéntica.

CONTROL GENETICO DE LA SINTESIS DE LAS ENZIMAS.

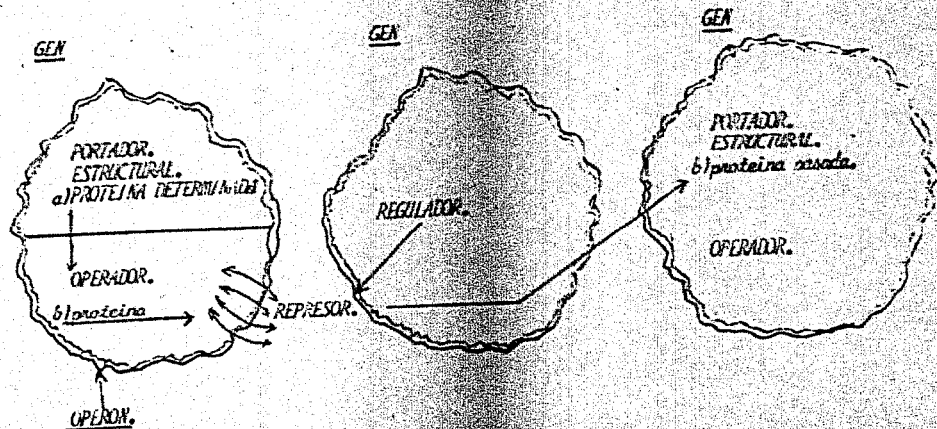


**Unidad Genética:**

El ADN siempre se encuentra en el Ribosoma donde se almacena el conocimiento por medio de Proteínas.

**E: Estímulo**

MECANISMOS QUE SE ESTABILAN Y DAN LA ACTIVIDAD DE UN GEN  
CONDUCTO DE LA INFORMACION GENETICA.



Gen:

es de dos clases:

- 1) Portador (lleva la información).
- 2) Regulador (permite o no el paso de la información).

Si el gen portador se acopla con el regulador no pasa la información.

Si el gen portador no se acopla con el gen regulador permite el paso de la información.

XIV

CRECIMIENTO



DESARROLLO



FLEMENTOS DE PSICOLOGÍA

TARLA  
EL DESARROLLO DEL NIÑO  
(Desarrollo del niño)

Edad	Carlota Rohler	Graff	H. Waike
1 año	Estudio temprano Apercepción al mundo exterior. Relación subjetiva con el objeto.	Conocimiento del cuerpo propio. Distinción entre figuras familiares y extrañas. Inicio de la marcha. Inicio del juego manipulativo.	<b>Estudio de impulsividad motriz:</b> Integración de las funciones táctiles y motoras en reflejos condicionados. Importancia hacia el 6.º mes del comportamiento ante el espejo.  <b>Estudio emocional:</b> Reacciones emocionales en círculo cerrado (ambigüedad y ambiente afectivo con la madre).
2 años	Estudio de la extensión de las relaciones con el mundo gracias al lenguaje. Primacia del Yo que por su actividad voluntaria conquista el mundo de los objetos.	Noción de su personalidad (nombre, imagen en el espejo, fotografía). Estado de oposición. Considerable desarrollo del lenguaje. Inicio de socialización (disciplinas extrínsecas).	<b>Estudio de extero-referencia:</b> Comportamiento de orientación y de investigación. Actividades circulares globales, después manipuladas y verbalizadas. Progresiva actividad táctil.  <b>Estudio de personalidad:</b> Independencia progresiva del Yo (ejemplo de la palabra "yo"). Afirmación subjetiva de la personalidad (gracias al juego). Adaptación del papel de su personalidad a través del juego de la imitación.
3 años		Estado de la contradicción y del juego por las cosas.	
4 años			
5 años		<b>Estudio de la cooperación y de las disciplinas sociales.</b>	
6 años	Estudio de la objetivación. La objetivación aparece cuando la concepción de lo real y a la adaptación al rasgo social familiar.		
7 años		Crisis con tendencia a las actitudes extremas.	
8 años		Afirmación y organización del Yo. Iniciará por la vida social.	

La importancia del comportamiento ante el espejo, ya observada por Freyer, ha sido señalada por Lacan. Para el estado del espejo basta el 6.º mes proporcionalmente, justo a la imagen especular de sí y del otro. En fase de la actividad, sin afecto.

DESARROLLO NEUROPSÍQUICO

ESTADIOS PSICOLÓGICOS ESCOLARES  
(3 a 11 años)

	S. Freud y los psicoanalistas	J. Piaget
Período pre-escolar	<p><b>de 0 a los 18 meses: Estudio oral (pre-escolar)</b> Primeras relaciones con el mundo exterior parcial (interior social), según los sentimientos de la incorporación del objeto (succión) y de su ausencia (ansiedad). Construcción de estructuras y símbolos de los objetos. Primeras intenciones de los objetos en el espacio (construcción).</p> <p><b>de 18 meses a 3 años: Estudio del cuerpo del objeto</b> Relaciones con relación al cuerpo del objeto (sentimientos, incorporación capital de los sentimientos de los objetos (responsabilidad y autonomía del objeto). Reordenamiento de los objetos por la función y por los pulsiones agresivas, según el estado del objeto (relacionado con los sentimientos de ausencia). Fase de la disciplina extrínseca de la propia personalidad (estructuras).</p> <p><b>Estudio físico o global:</b> Intenciones del Yo y primeras relaciones objetivas (estructuras).</p> <p><b>Intenciones del cuerpo del objeto:</b> el cual exige una organización del cuerpo (estructuras) (fase de la disciplina extrínseca y presencia de fase como fase de la estructura). Ausencia de estructura.</p> <p><b>Fase de la estructura:</b> Organización del aparato psíquico (estructuras) del Yo y de la estructura del aparato psíquico inconsciente (Ego o sistema consciente y Super-Yo o sistema contrapulsional). Organización de estas tres instancias. El sistema inconsciente se organiza por su estructura.</p> <p><b>El Yo aparece:</b> las funciones de defensa contra los sentimientos y de adaptación al mundo de la realidad.</p> <p>El mundo de esta época (fase) se constituye el pensamiento social, lógico y moral que aparece diferenciablemente la vida psíquica al momento del juego, para situarse bajo la influencia del mundo de la realidad.</p>	<p><b>Primer mes:</b> Actividad refleja y primera auto-estructuras o símbolos. Reacciones circulares primarias (autoestructuras). <b>De 1 a 3 meses:</b> Reacciones circulares secundarias (estructuras autoestructuras). <b>De 3 a 6 meses:</b> Construcción de los esquemas de estructuras. Clasificación de los objetos y del comportamiento autoestructuras en estructuras y símbolos. <b>De 6 a 12 meses:</b> Reacciones circulares terciarias. Inicio en la búsqueda de nuevos medios. <b>De 12 a 18 meses:</b> Invencción de nuevos medios. Apercepción al objeto y al símbolo.</p>
	<p><b>Fase de la estructura:</b> Organización del aparato psíquico (estructuras) del Yo y de la estructura del aparato psíquico inconsciente (Ego o sistema consciente y Super-Yo o sistema contrapulsional). Organización de estas tres instancias. El sistema inconsciente se organiza por su estructura.</p> <p><b>El Yo aparece:</b> las funciones de defensa contra los sentimientos y de adaptación al mundo de la realidad.</p> <p>El mundo de esta época (fase) se constituye el pensamiento social, lógico y moral que aparece diferenciablemente la vida psíquica al momento del juego, para situarse bajo la influencia del mundo de la realidad.</p>	<p><b>De 2 a 4 años:</b> Apercepción de la función simbólica (estructuras) y autoestructuras de las representaciones de acciones y de representaciones. <b>De 4 a 7 años:</b> Organizaciones representativas establecidas sobre configuraciones simbólicas y complejas de acciones. <b>De 7 a 11 años:</b> Organización de la función representativa (estructuras) (estructuras) y (estructuras) de formas mentales irreversibles.</p> <p><b>Características de este estadio:</b> a) Pensamientos egocéntricos y simbólicos. b) Relaciones simbólicas con representaciones. c) Ambivalencia afectiva e intelectual.</p>

Tabla  
EL DESARROLLO DEL NIÑO  
(Desarrollo del niño)

Edad	C. S. Piaget	G. Piaget	H. Wallon
9 años			
10 años	Estado del terreno y la subjetividad y a la presencia del Yo		
11 años	Alcanzamiento del mundo exterior. Desagravio y crítica de todo lo que se presenta.		
12 años		El niño, progresivamente, se hace miembro del grupo social.	Estado escolar El conocimiento de la persona y de la socialización es sustituido por una apropiación de los conceptos morales sociales y de los actos intelectuales. El pensamiento se hace "concreto".
13 años	Diferenciación de la evolución sexual.		
14 años	Cada vez desarrolla su personalidad con un mayor grado de independencia con la construcción de valores culturales y sociales.		
15 años			

Tabla  
EL DESARROLLO METAFISICO  
(12 años)

S. Freud y sus psicoanalistas	J. Piaget
Prepubertad Reintegración de las tendencias infantiles reprimidas (liberos como pulsiones sexuales). Socialización de la elección objetiva (desarrollo sexual y elección del objeto libidinal). Revolución de la fijación libidinal sobre el sexo masculino. Intelectualización y humanización.	Intelectualización Constitución de las operaciones abstractas. Operaciones simples. Acabamiento de sistemas de conjuntos coordinados y uso de referencias temporales reversibles. Construcción de los números de los objetos. Primeras operaciones de la ley de conservación. Características de este estadio: a) Carácter concreto de las operaciones intelectuales. b) Construcción de un sistema de valores relativamente fijos (reglas de juego, código aceptado, etc.).
Pubertad Elegido libidinal que asegura definitivamente la elección del objeto heterosexual.	Operaciones lógicas formales El pensamiento opera en construcción racional según modelos abstractos (abstracciones y operaciones lógicas). Construcción de una lógica axiomática (razón) regida por las reglas del pensamiento constructivo y deductivo.
Reintegración de la elección objetiva en la regencia del Yo social, intelectual y moral.	

## CONCLUSION

La función del Dentista es tratar al niño en la forma más eficaz y conservar la salud de sus pacientes. Su competencia para la realización de su labor no solamente depende de sus conocimientos biológicos y de su capacidad técnica.

La atención eficaz de los pacientes se encuentra ligada a una gran variedad de factores sociológicos y psicológicos determinantes.

Estas dimensiones adquieren importancia especial cuando se suministra atención dental a los pacientes especiales.

Cuidados tiernos y amorosos es quizá el mejor tratamiento. Por lo tanto se olvida que el niño incapacitado con limitaciones físicas y mentales, aún es un niño capaz de sentir. Por el contrario, no debemos permitirnos a nosotros mismos ni a nuestros ayudantes demasiada empatía, al grado que interfiera en la capacidad para suministrar cuidados en forma eficaz.

Evidentemente deberá buscarse un término medio adecuado.

## BIBLIOGRAFIA.

### PRINCIPIOS DE PSICOFARMACOLOGIA

Clark del Giudice

La Prensa Médica Mexicana

Editorial Fournier, S.A. 1975

### 26 LECCIONES DE PSIQUIATRIA CLINICA

José Luis Patiño

Impresiones Populares. 1975

### TRATADO DE PSIQUIATRIA

Henry Ey, F. Bernard, Or. Bristol

Séptima Edición. Torrey-Masson, S.A.

### TRATADO DE MEDICINA INTERNA

Cecil

Tomo II

### ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Dr. Sidney B. Finn Cuarta Edición

Interamericana

### ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO INCAPACITADO

Clínicas Odontológicas de Norte América

### LA ODONTOLOGIA INFANTIL EN PARALISIS CEREBRAL

Bush Thrasher Carole

**TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICO EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL**

**Jorge Telch Bensussen**

**GENETICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES**

**Slater, Elliot**

**ODONTOESTOMATOLOGIA Y PSIQUIATRIA CLINICA**

**Lara posee Consuelo**

**TRATADO DE PATOLOGIA HUMANA**

**Brunson**

**GENETICA Y ODONTOLOGIA CLINICA**

**Dr. Andrew E. Poole,**

**Director Huésped**

**INVESTIGACION EN:**

**HOSPITAL PSIQUIATRICO**

**FRAY BERNARDINO ALVAREZ (S.S.A.)**

**A. P. A. C. (ASOCIACION PROPARALITICO CEREBRAL)**