

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



T E S I S

Elaborada para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

cuyo tema es:

**CONCEPTOS BASICOS SOBRE PREVENCION
DENTAL EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN**

p o r:

IRMA	ELIZABETH	ALTUZAR	COELLO
LILIANA	REBECA	PACHECO	ISLAS

MEXICO, D. F.

1983



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.

CONTENIDO

CONCEPTOS BASICOS SOBRE PREVENCION DENTAL EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN

INTRODUCCION

CAPITULO I

<u>SINDROME DE DOWN</u>	1
1.- Definición.....	1
1.1.- Debilidad mental.....	3
1.2.- Imbecilidad.....	5
1.3.- Idiocia.....	5
2.- Factor Etiológico.....	7
2.1.- Por trisomía 21.....	7
2.2.- Menganismo por traslocación.....	9
2.3.- Menganismo por mosaicismo.....	9
3.- Características Generales.....	13
3.1.- De cara y cuello.....	13
3.2.- De extremidades superiores e inferiores..	13
3.3.- Orales.....	15
3.4.- Otras.....	17

CAPITULO II

<u>INTRODUCCION A LA PREVENCION DENTAL EN EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN</u>	19
--	----

1.- Técnicas de prevención utilizadas en niños con Síndrome de Down.....	24
---	----

2.- Evolución del aprendizaje del tratamiento -
preventivo aplicado en los niños con Síndro-
me de Down..... 48

CAPITULO III

CARACTERISTICAS DEL NIÑO SINDROME DE DOWN DEL -
INSTITUTO JOHN LANGDON DOWN..... 57

1.- Características generales..... 57

2.- Características orales..... 60

CAPITULO IV

COMPORTAMIENTO ANTE EL ODONTOLOGO..... 65

1.- Niño miedoso..... 65

2.- Niños necesidades de mayor cariño..... 66

3.- Niño indiferente..... 67

4.- Niño juguetón..... 69

5.- Niños enojados y rebeldes..... 69

6.- Niños muy afectuosos..... 72

CAPITULO V

COMO TRATAR AL INDIVIDUO CON SINDROME DE DOWN-
PARA ABOLIR SU TEMOR EN EL CONSULTORIO DENTAL... 74

CAPITULO VI

EL NIÑO SINDROME DE DOWN FRENTE A LOS PADRES Y
ANTE LA SOLEDAD..... 82

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Hemos decidido elegir este tema, ya que carece de interés para muchos odontólogos, pues no existe suficiente bibliografía para su investigación. Por lo tanto quisimos reunir una serie de datos basados en experiencias propias que consideramos de suma importancia para el Ciudadano Dentista, tomando en cuenta que en cualquier momento podemos tener contacto con estos niños.

Al ir desarrollando este trabajo, tal fué nuestro interés que quisimos acudir al Institute John Langdon Down, en donde se rehabilitan exclusivamente a estos individuos.

Primera mente nos fué necesario convivir con ellos durante varios días, para que nos tomaran confianza. Posteriormente iniciamos nuestro trabajo de prevención dental, recopilando datos necesarios de cada uno de ellos como auxiliar para nuestra finalidad. Más adelante describimos la técnica de cepillado ideal para esta clase de niños, preocupándonos de que la dominaran.

Notamos, de acuerdo a nuestras estadísticas realizadas en el Institute, que el 99% de estos niños son olvidados completamente desde el punto de vista dental y por consecuencia el rechazo es aún mayor, pues la excesiva acumulación de placa bacteriana y muchísimas veces tártaro dentario es tal, que da como resultado un feroz mal aliento (alitosis).

Así pues, estos individuos tienen múltiples y severas enfermedades periodontales lo que es común ver, ya --

que los progenitores se olvidan de los problemas dentales del niño, por tener la preocupación del estado general del mismo.

Comprendemos perfectamente que la ilusión de tener un hijo sano es tan grande, que al nacer él con una deficiencia de este tipo, hecha abajo toda esperanza de poder tener en un futuro un hijo sobresaliente, pero eso se acepta únicamente en un principio, pues el impacto emocional es tremendamente severo y hasta cierto punto lógico el desinterés posterior para con el niño, pero no es justificable.

Los últimos capítulos desarrollados en esta tesis no fueron extraídos de libros, sino realmente fué el producto de un contacto directo con estos niños, en donde se llevé a cabo el trabajo antes mencionado y cuyos resultados fueron para nosotras favorables, pidiéndoles a consideración del Honorable Jurado.

CAPITULO I

SINDROME DE DOWN

"...soy muy semejante a tí, como tú, - siento el dolor y - el hambre..."

1.- DEFINICION

Recordemos que el nombre de mongolismo (Síndrome de Down) ha sido dado por el médico "Langdon Down", en 1866 a una enfermedad que él fué el primero en describir como un grupo diferente de retardo mental (de Oligofrenia). - Aunque "Segun" la había ya señalado 20 años antes. - - - "Langdon Down" quizo decir con ese nombre que a su parecer el individuo que presenta este conjunto de síntomas característicos, ha regresado hacia la raza primitiva de los mongoles.

Sin embargo, la enfermedad existe en todas partes del mundo y mismo entre los mongoles. Alcanza alrededor de 2 por 1000 natiientos. En la mayoría de los casos, - nada en la ascendencia permite concluir una degeneración.

En 1959, los médicos franceses "Jérôme Lejeune", - "M. Gauthier" y el profesor "Turpin" fueron los primeros en poner en evidencia la presencia de un cromosoma en -- exceso en los mongólicos, abriendo así la puerta a un -- descubrimiento fundamental: Las enfermedades por aberración cromosómica, una sección totalmente nueva de la patología.

Se aprende en la escuela primaria que la célula vi-

viente se compone de dos partes: el citoplasma y el núcleo, en el interior de este último se encuentran los cromosomas, filamentos de forma particular sobre los cuales están alineados como las perlas en un collar, los genes (alrededor de 1000 por cromosoma), que son los soportes de los caracteres hereditarios: color de los ojos, - cabellos, grupos sanguíneos, etc. y también las tendencias a las enfermedades: diabetes, afecciones vasculares, miopía, etc. Las afecciones tales como el albinismo, la hemofilia, son consecuencia de la transmisión a la descendencia de un gen defectuoso, estas son las afecciones hereditarias, llamadas génicas, que no hay que confundir, con las enfermedades por anomalías de los cromosomas.

En efecto, el número de cromosomas es fijo para una especie dada, vegetal o animal: el caballo posee, 66; el cerdo, 40; el carnero, 54; el perro, 18; el tabaco, 48.

De 1921 a 1956, se ha creído que la especie humana tenía 48. En 1956 los trabajos de los doctores "J. H. - Tu" y "A. Levan" permitieron cifrarlos exactamente en - 46.

22 pares (la mitad proviene del padre, la otra de la madre) son rigurosamente semejantes en los dos sexos, el vigésimo tercer par es diferente en el hombre y en la mujer. Éstos son los cromosomas sexuales, o gonosomas. - El macho humano posee un X y un Y, mientras que la mujer posee dos cromosomas X.

Gracias a técnicas complejas de preparación y de coloración de las células vivientes, se ha tenido éxito en

fotografiar y separar los cromosomas, según su forma y su tamaño, en 23 pares distintos. Se obtuvo así el cariotipo, es decir, la tarjeta de identidad cromosómica de un individuo dado. Es el examen de tales cariotipos lo que ha permitido descubrir las anomalías en el número y forma de los cromosomas y de disponer que éstas aberraciones, según el término científico en uso, corresponden a enfermedades precisas en el individuo que es portador. El ejemplo más conocido es el mongolismo.

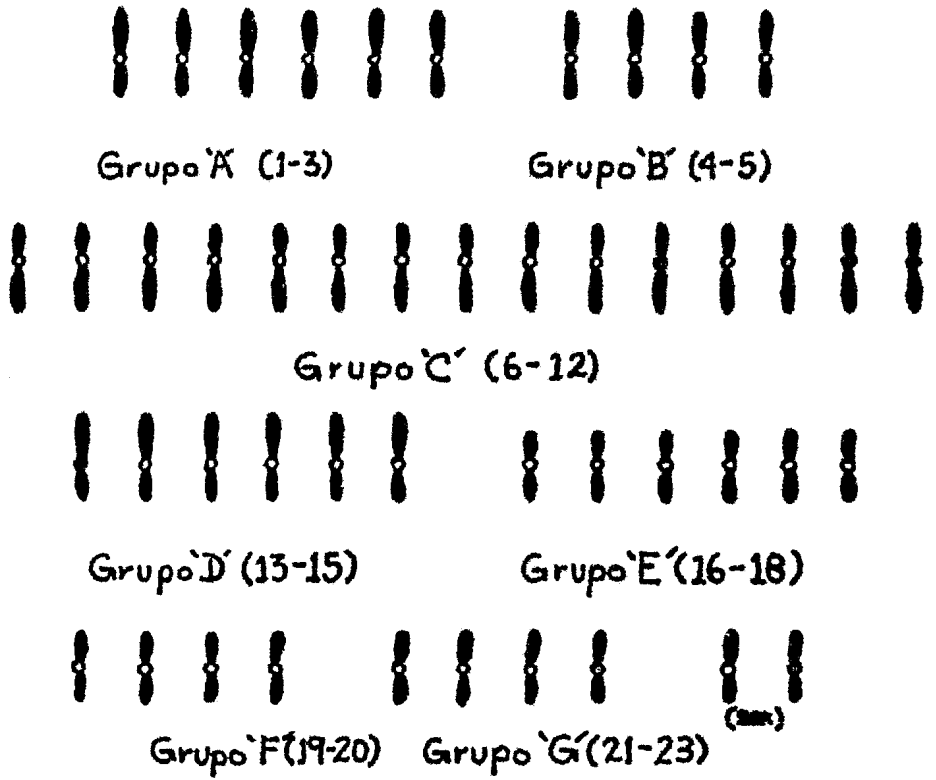
Regresando al término médico de Oligofrenia, comúnmente llamado retardo mental, se subdivide desde un punto de vista clínico en tres categorías que son, de menor a mayor grado: debilidad mental, imbecilidad e idiotia.

1.1.- DEBILIDAD MENTAL

Los débiles mentales tienen un C.I. (cociente intelectual) entre 40 y 75, su edad mental está entre 8 y 12 años.

Los débiles mentales son individuos, que ya en la escuela, manifiestan un retraso en relación a sus compañeros, y que luego en la vida adulta, tan sólo son capaces de realizar trabajos de tipo mecánico que no exijan iniciativa ni imaginación. La debilidad mental debida a diversas causas congénitas y orgánicas se añade -- el grupo de retrasos mentales por falta de estimulación afectiva, intelectual o social, que con el tiempo llegan a estructurarse como una verdadera debilidad mental. Su importancia médica y social es enorme, -

CARIOTIPO DE UN PACIENTE NORMAL



por una parte el número de individuos afectados (más de las tres cuartas partes de los oligofrénicos lo son en grado de debilidad mental) y por otro lado el hecho de que una buena labor reeducadora y médico-pedagógica podría hacer que la mayoría de los débiles mentales, estuvieran bien adaptados a la vida social y laboral.

La debilidad mental comporta a menudo un desequilibrio psicoafectivo con dificultades para el control emocional e instintivo, y tendencia a actitudes de dependencia infantil de los padres o de las figuras que los representan, o bien, de rebeldía y desenfreno que los conduce con facilidad a situaciones socialmente marginales e incluso delictivas (robo, delincuencia, prostitución).

1.2.- IMBECILIDAD

Grado medio de oligofrenia situado entre la idiotia y la debilidad mental, de 3 a 7 años y con un C.I. entre 20 y 40.

Los imbeciles aprenden a hablar pero son incapaces de basarse por sí solos socialmente y de alcanzar una adaptación independiente, por lo que necesitan siempre de tutela y asistencia continua, generalmente en instituciones especiales y en régimen de internamiento.

1.3.- IDIOJIA

Grado más profundo de oligofrenia, que corresponde a una edad mental inferior a los tres años. Los idiotas son incapaces de aprender a hablar y su C.I. es inferior

de 20. Sólo sometidos a técnicas especiales llegan algunos de ellos a adquirir los hábitos más elementales de higiene y limpieza.

El C.I. de los mongoles se sitúa entre el 15 y el 50 (según "William L. Nyhan"); así pues no todos son idiotas sino que los hay que alcanzan el grado de debilidad mental.

Actualmente, algunos autores han cambiado esta clasificación de retardo mental como:

Debilidad mental superficial, moderada y severa, según corresponda al caso de, que estemos tratando.

2.- FACTOR ETIOLOGICO

En realidad la causa del Síndrome de Down es desconocida, pero, desde el punto de vista genético podemos decir que, el Síndrome de Down es una enfermedad Citogenética.

2.1.- POR TRISOMIA 21

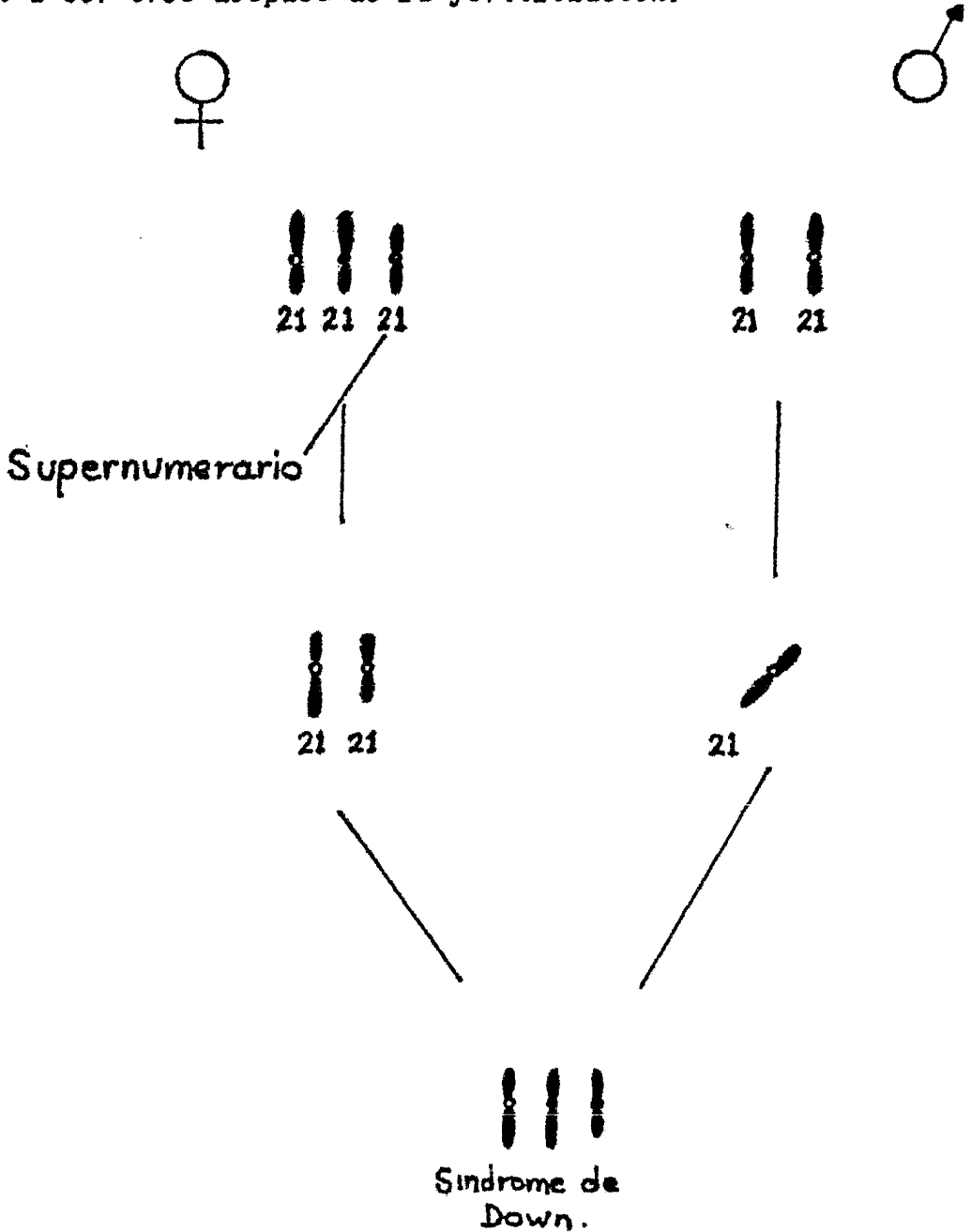
La anomalía fundamental es un aumento cuantitativo de material cromosómico. La mayoría de estos pacientes tienen 47 cromosomas, por, la trisomía 21.

Los defectos físicos característicos, se establecen siempre en el embarazo y el descubrimiento de un cromosoma autosómico, supernumerario; en mongoles esto es debido a la no disyunción cuando la célula germinal se formó, resultando en un óvulo con 2 cromosomas 21 los cuales -- llegan a ser tres después de la fertilización (Trisomía 21). En casos excepcionales en los cuales el número cromosómico es, aparentemente 46 se ha encontrado que la -- trisomía ocurre, pero que el cromosoma 21 adicional se -- ha trasladado y fusionado a uno de otros cromosomas, por ejemplo el grupo D (13-15) o el grupo G (21-22). En tales casos un paciente puede también mostrar traslocación y parece que tiene 45 cromosomas.

La traslocación que ocurre en un paciente, puede aparecer más de un niño mongol en una familia.

En cerca de 2% de todos los mongoles, el cuerpo --

Descubrimiento de un cromosoma supernumerario, debido a la no disyunción cuando la célula germinal se formó, resultando en un óvulo con dos cromosomas 21 los cuales llegan a ser tres después de la fertilización.



Trisomía 21 libre por la no disyunción.

contiene dos tipos de células:

- a) Con un cromosoma extra.
- b) Cromosómicamente normal (mosaicismos).

2.2.- MONGOLISMO POR TRASLOCACION

El aspecto físico es similar al de la trisomía 21. El retraso mental es menor; los padres pueden ser portadores. Los hallazgos citológicos consisten en un recuento cromosómico de 46, y el cromosoma 21 extra está adherido a un cromosoma 13-15 u otro cromosoma 21.

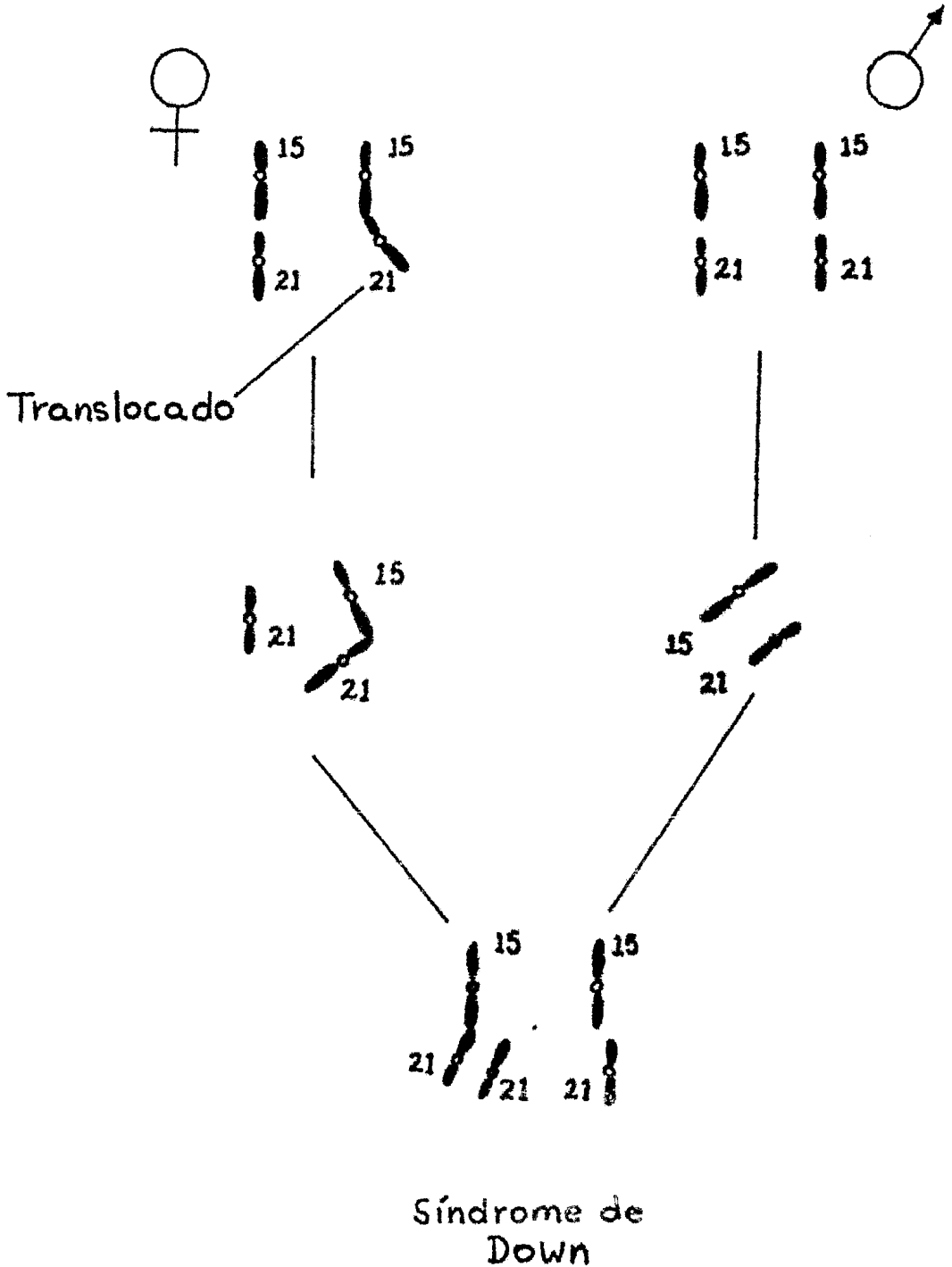
2.3.- MONGOLISMO POR MOSAICISMO

Se trata de personas más educables, con menos rasgos mongoloideos. Los hallazgos cromosómicos citológicos consisten en un recuento cromosómico de 46-47, IX normal o IX trisomía 21.

En adición se piensa que la gameta masculina, que cuenta un sólo cromosoma 21 en el momento de la fecundación, se une a una gameta femenina que posee dos, así -- que, en total, se dan tres. Esto es lo que, se llama -- "Trisomía 21 libre", que es un accidente que puede sobrevenir en diversas condiciones actualmente desconocidas -- para la mayor parte. Una sólo condición se estableció -- con certeza: La edad del padre no juega ningún papel y -- la edad de la madre aumenta la frecuencia del mongolismo proporcionalmente.

El riesgo de ocurrencia del Síndrome de Down por --

Portador (madre), tiene un cromosoma 21 que se ha traslocado a un cromosoma 15 normal. Este gameto unido a uno normal produce la condición trisómica para el cromosoma 21.



Trisomía 21 por translocación

una mujer debajo de los 25 años es de uno en 1600 nacimientos; de 25-29 años, es de 1 en 1350; en una mujer entre 30-34 años, el riesgo es de 1 en 800; de 35-39 años es de 1 en 260; de 40-44 años es de 1 en 100 y de 45-49 años, es de 1 en 50.

La incidencia en Síndrome de Down en la población general es de 1 en 700 nacimientos.

Las anomalías del treceavo, quinceavo y dieciochoavo pares entrañan malformaciones a menudo incompatibles con la vida. Y la mayor parte de las enfermedades por aberraciones cromosómicas conocidas se acompañan de debilidad mental.

En particular, las anomalías de los cromosomas sexuales del veintitreceavo par se traduce a veces por un grave retraso mental.

Por lo tanto, de un modo general, las enfermedades por aberraciones cromosómicas no parecen transmitirse hereditariamente como las enfermedades génicas, pero la realidad es más compleja que lo que se creía al comienzo y el mongelismo es un Síndrome que tiene un sustituto cromosómico variable.

En 1962 los médicos alemanes "Kesenow" y "Pfeiffer" propusieron el esquema siguiente:

a) La forma típica que alcanza más a menudo a los niños nacidos, de madres de edad avanzada: es la trisomía libre del autosoma 21 con 47 cromosomas.

b) El mongolismo familiar, se produce sea cual sea la edad materna: es el mongolismo por translocación, -- 13/21, 22/21, 21/22, teniendo el enfermo 46 cromosomas y la madre 45.

c) El Mosaicismo, forma frustrada del mongolismo -- con células de 46 o 47 cromosomas.

d) El mongolismo puede estar asociado a otras aberraciones cromosómicas como el Síndrome de Klinefelter (hipogonadismo, es decir testículos atrofiados), presentando el sujeto 48 cromosomas, por exceso de un cromosoma 21 y de un cromosoma sexual X.

3.- CARACTERISTICAS GENERALES

Pacientes con el Síndrome de Down se parecen uno del otro tanto como si fueran hermanos, siendo de diferente madre. Sin embargo puede haber considerable variación.

3.1.- DE CARA Y CUELLO

La cara es característicamente redonda y chata, el cráneo puede revelar su pequeña talla, el occipucio es chato y cortado en su diámetro antero posterior. La forma de la cabeza es probable que sea redonda, el recién nacido llega a tener un agrandamiento cefálico. Hay asimetría facial, órbitas pequeñas y profundas y disminución de volumen en las cavidades esfenoidales y frontales, pobre desarrollo de los huesos de la cara media, - produciendo un prognatismo relativo, la nariz es chata, las fisuras palpebrales son delgadas y con ligera inclinación ascendente. Los pliegues epieánticos son prominentes pero pueden no ser evidentes al nacer. La unión de las cejas se ha visto en un 85% de estos pacientes, tienen muy frecuentemente ojos azules. Las orejas pueden estar caídas, el auricular es generalmente pequeño al igual que el lóbulo . El puente nasal está aplanado.

El cuello es corto y en el nacimiento la piel es -
flea sobre la nuca, y en el adulto la piel es seca.

3.2.- DE DEDOS SUPERIORES E INFERIORES

Las manos son cortas y anchas. Minodactilia del -



5o. dedo, resultado de la hipoplasia de una falange. En lugar de los dos pliegues normales por flexiones de los dedos, estos pacientes pueden tener sólo uno. La punta de los dedos de las manos, una característica frecuente es, que tienen pliegues.

Los pies son anchos y cortos al igual que sus dedos y hay un aumento de distancia entre el primer y el segundo dedo del pie característicamente.

En las palmas de las manos, muestran líneas profundas como las de un siate:



3.3.- ORALES

La boca está comúnmente abierta, siendo vista en el 60% de trisomía 21, es pequeña y la mucosa del margen alveolar es gruesa.

La lengua normalmente sobresale empujada afuera de los labios aparentando tener macroglosia por lo pequeño de la boca. Las papilas se han notado grandes en el recién nacido. Las grietas y fisuras de la lengua son muy comunes, siendo vistas por lo menos en el 30% de estos pacientes.

Es común la hipocalcificación del esmalte y la mesoclusión en este Síndrome.

El incisivo lateral del maxilar se encuentra en el 35%, microdóntico; siendo ausentes en el 25% y malformado en el 10 % de acuerdo a " Ingalls Brown y Cunningham" y el 43% con pérdida o ausencia de dientes. "Levinson" encontró dientes pequeños en el 56%.

Los incisivos laterales tienen coronas cóncavas en el 46% de los casos. Premolares y molares cóncavas han sido notados por "Polant" y microdoncia por "Spitzer".

La erupción de los dientes es generalmente retardada en el 75% de estos niños.

La caries por otro lado, no es un problema severo " Brown y Cunningham" encontró 44% de estos pacientes libres de caries.

Pérdida de hueso paradontal en niños menores de 6 años. Por lo tanto estos niños padecen mucho más de enfermedad paradontal.

3, 4. - OTRAS

Se ha dicho que hay hipotonía, pero, el tono muscular mejora con la edad.

Las articulaciones están flojas e hiperflexibles - especialmente en la cadera.

El pelo, en el recién nacido es muy fino y escaso.

Tienen poco peso de lo normal al nacer y el desarrollo es relativamente lento.

El retardo mental en este Síndrome es generalmente severo. Estos bebés son muy quietos y duermen mucho. -- Cuando empiezan a hablar aprenden solamente muy pocas palabras. Su lapso de atención es muy corto.

El progreso del desarrollo tiende a ser más lento mediante aumenta la edad.

La mayoría de los pacientes adultos generalmente son muy alegres y agradables. Su sociabilidad es mucho mejor que su C. I.

Serias anomalías congénitas del corazón se han visto en el 40% de estos pacientes, altas obstrucciones - tal como Atresia Duodenal, Fístula traqueoesofágica puede estar asociada y enfermedades cardiovasculares.

Varios otros desórdenes endócrinos asociados con el Síndrome. Hipertiroidismo o Hipotiroidismo y prece-

idad sexual. La Leucemia es vista con incidencia incrementada en pacientes con este Síndrome.

Algo muy importante es, que estos pacientes son altamente susceptibles a infecciones en un 60%.

CAPITULO II

INTRODUCCION A LA PREVENCION DENTAL EN EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

"... no quiero que me tengan lástima; deseo que me respeten por lo que puedo hacer..."

Dentro del término medio de la comunidad, el odontólogo debe incluir también al niño con Síndrome de Down. En su totalidad ocupan un grupo relativamente pequeño, pero más de una vez el odontólogo puede tratar a uno o más de ellos.

Las palabras "Síndrome de Down", denotan una anormalidad que debe encuadrarse dentro de lo que se encuentra por estado físico, mental e social. Los problemas dentales actuales asociados con estos niños son comúnmente más severos debido a la negligencia de los padres.

En Instituciones donde los niños son observados y supervisados por personal capacitado, el cuidado dental está completamente abandonado. Los factores causales de esta negligencia parece ser la ignorancia de los problemas dentales que pueden desarrollarse. En muchos casos, la familia, sintiendo pena por el niño, atenta contra él sobrecompensándolo, proporcionándole galletitas, dulces y otros alimentos cariogénos.

El resultado, como se puede esperar, es que éste niño es el más desesperado de la necesidad de la ayuda. Para componer todo esto, la familia tiene problemas asociados, tales como pocos medios para hacer los tratam

mientos dentales, problemas emocionales entre sus her-- manos que afectan al mismo, y más aún, la desunión en-- tre los padres que hace que el niño quede descuidado.

Recordemos que el niño Síndrome de Down sufre prin-- cipalmente de enfermedades parodontales severas y que -- poseen resistencia a la caries, pero, con la negligenci-- cia que se les tiene, muchos de estos niños necesitan -- de tratamientos de operatoria también.

Si fuera posible instaurar un perfecto y rígido con-- trol individual de la placa bacteriana, la inmensa maye-- ría de nuestros pacientes nunca padecerán gingivitis y -- por lo mismo, más tarde tampoco padecerán enfermedad pa-- redental.

Esto, por lo que sabemos es un sueño y la discipli-- na involucrada puede observarse cuidadosamente por algu-- nos, pero se vuelve demasiado tediosa y carente de ur-- gencia para la mayoría de los padres de estos niños.

La prevención de la acumulación de la placa o su -- remoción regular es, por lo tanto, el mejor método de e-- vitar la enfermedad parodontal y por eso la medida pre-- ventiva más importante es el uso eficaz del Cepillado -- Dental.

La formación de la placa no tiene lugar en forma -- casual sino de una manera ordenada. Primero es una pelí-- cula sobre los dientes, que es una cutícula delgada, -- clara y está compuesta principalmente de glucoproteínas. -- Poco después de su formación, bacterias del tipo cooos

(como estreptococos) son atraídas a la película que -- tiene una superficie pegajosa, la cual permite el anclaje de las colonias de organismos. Los cuales se dividen y forman a su vez otras colonias.

La adherencia de los microorganismos es acrecentada aún más por la producción de dextranas, así como por productos de la actividad metabólica; más tarde otros tipos de organismos son atraídos a la masa y se forma una flora densa, mixta, filamentosas. En la etapa temprana, la placa es más cariogena y ésta, en sus etapas posteriores puede estar comprometida con la iniciación de la enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal es en gran manera evitable en su período temprano y el tratamiento puede ser muy simple. Con el adelanto en el progreso de la enfermedad que produce destrucción creciente de los tejidos de soporte, es necesaria una terapéutica más complicada pero, hasta una etapa bastante avanzada puede lograrse éxito en la detención de la enfermedad, reteniendo los dientes con buena función. No obstante, el cuidado periodontal depende para su éxito continuo del conocimiento, diligencia y reevaluación constante por parte del dentista y los padres del paciente.

Si vamos a controlar o tratar enfermedades periodontales, necesitamos de bastante cooperación de los padres de los niños, pues sin ella, el tratamiento casi siempre fracasa.

Habiendo demostrado la presencia de la placa o sa-

rro, la responsabilidad del dentista es la de eliminarla, asegurándose de que los padres continuen ayudando a que no se forme.

Más adelante detallaremos la forma en la cual podemos lograr esto en niños con Síndrome de Down.

El dentista debe poner atención a los siguientes factores que favorecen la retención de la placa:

- 1.- Obturaciones desajustadas.
- 2.- Aplñamiento.
- 3.- Coronas de contornos desfavorables.
- 4.- Cavidades cariosas.
- 5.- Cráteres gingivales por enfermedad gingival -- destructiva.
- 6.- Labios entre abiertos.
- 7.- Ingestión excesiva de sacarosa.
- 8.- Inserciones de frenillo alto interfiriendo con la acción del cepillado.
- 9.- Dientes mal alineados, volviendo algunas zonas difíciles de penetrar.

Insistimos en la prevención de la enfermedad parodontal en estos niños, pues es la enfermedad más común que padecen desde el punto de vista bucal.

Debemos también considerar algunos puntos de la -- prevención:

- 1.- Conocimiento de la enfermedad del paciente y -- del problema parodontal por parte del dentista.

2.- Información a los padres de estos pacientes, se les debe dar a conocer la importancia de un tratamiento preventivo y la consecuencia que trae al no llevarlo a cabo.

3.- El paciente con Síndrome de Down nunca sabrá el -- porque del cepillado dental, pero puede tomar el hábito con enseñanza y reforzamiento constante.

4.- Y sobre los hábitos, como empujar los dientes con la lengua, lo cual es extremadamente común en estos niños, bruxismo, el morderse las uñas, respiración bucal, chupa dedo, mordida abierta, etc, pueden requerir de un tratamiento correctivo.

La prevención (según "John O. Forrest") es un proceso contínuo. No termina con el entrenamiento del paciente en las primeras visitas, pues debe continuar a lo largo de su vida en forma de una reevaluación cuidadosa en su salud bucal.

Los métodos preventivos debieran ser facilmente llevados a cabo por el Dentista y los padres del paciente.

Es fácil de creer que la prevención odontológica es sinónimo de prevención de caries, de hecho la enfermedad periodontal es la responsable de una mayor -- cantidad de pérdidas de dientes a la edad de 15 años en estos niños.

Así pues, lo más importante de la prevención no es sólo el convencimiento de los padres, sino de obtener resultados favorables.

1.- TÉCNICAS DE PREVENCIÓN EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.

Describimos en forma detallada el procedimiento - empleado para la enseñanza de prevención.

...

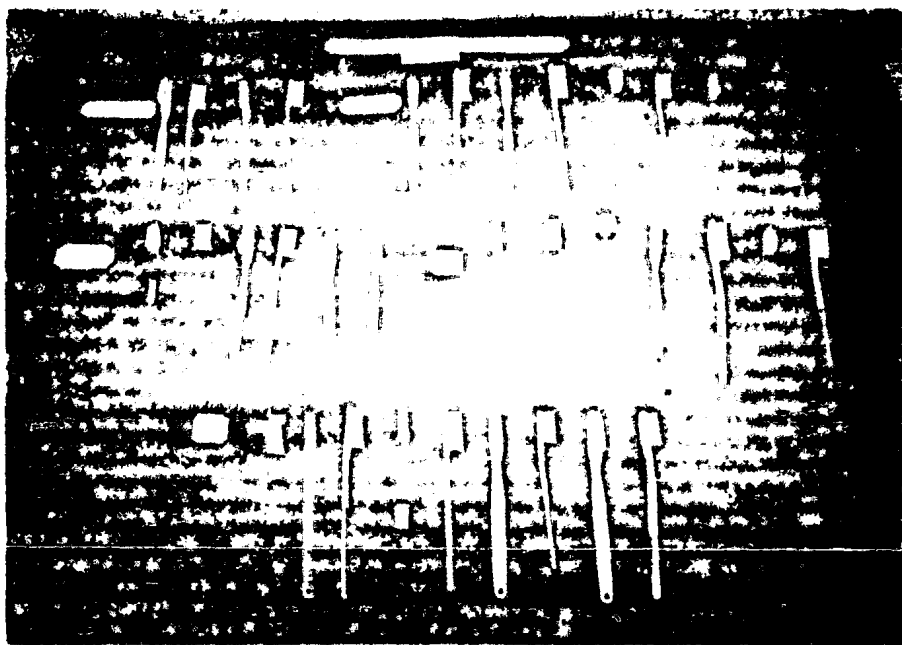
Primeramente se habló de nuestro interés y conveniencia de llevar a cabo este trabajo en el Instituto John Langden Down. Afortunadamente pudimos contar con personas muy accesibles, dándonos esta gran oportunidad.

1.- Para empezar, en el Instituto, convivimos varios días con los niños para que nos conocieran y se acostumbraran a nosotras. Estuvimos en sus salones de clase, a la hora de jugar y en el momento en que tomaban sus alimentos.

Nos dimos cuenta, especialmente al principio que trataban la mayoría de ellos, de llamar nuestra atención demostrándonos que no nos tenían en lo absoluto, al contrario, les agradaba conocer a alguien diferente.

Nos dedicamos entonces a revisar los cepillos de los niños y en que estado se encontraban, asombrándonos de lo inadecuado que se presentaban y lo maltratados.

Observamos por lo tanto que los cepillos dentales del 99% de todos los niños (siendo la población del Instituto de 55 niños), estaban en condiciones totalmente desfavorables, no sólo por no ser el cepillo adecuado - sino por el mal uso que se les dan. Les tomamos entonces una fotografía de todos los cepillos clasificando--los según el grado escolar en: Preescolar, Primer nivel, Segundo nivel, Tercer nivel "A" y Tercer nivel "B".



Las condiciones del cepillo de cada uno de los niños, como anteriormente lo mencionamos, eran pésimas: - las cerdas de la gran mayoría estaban totalmente desaliñadas, muchos de los cepillos no estaban lavados, ya que contenían pasta dentífrica, principalmente los de los niños del tercer nivel.

Por lo tanto decidimos mandar una circular a los -

padres en la cual decía lo siguiente:

SRES. PADRES DE FAMILIA.

Debido a que se iniciará la campaña de prevención dental en el Instituto a favor de su niño, necesitamos un cepillo dental adecuado. Por lo que le suplicamos -- compre a su hijo (a) _____ un cepillo _____ y lo mande a más tardar dentro de tres días, de lo contrario nos veremos en la necesidad de dejar a su hijo (a) fuera de la campaña.

Atentamente

La Dirección

Suponíamos que los padres que tuvieran un poco de interés con la salud oral de sus hijos, nos mandarían -- sus cepillos, pues, tres días son el suficiente tiempo para darnos cuenta de su preocupación para con ellos.

2.- Así pues, días antes de que trajeran su cepillo adecuado nos dedicamos a recopilar datos de cada uno de ellos.

Para esto realizamos una breve historia clínica de las cuales expondremos sólo 3 como ejemplo.

DATOS PARA TECNICA DE PREVENCION DENTAL EN NIÑOS CON
SINDROME DE DOWN

I DATOS PERSONALES

- 1.- Nombre *Patricia Casas* Fecha *13-Oct-82*
- 2.- Edad *6 años*
- 3.- Fecha de nacimiento *8-Nov-1975*
- 4.- Ocupación del padre
- 5.- Edad del padre
- 6.- Ocupación de la madre
- 7.- Edad de la madre
- 8.- Dirección y teléfono

II EXPLORACION BUCAL

- 1.- Labios
- a) Condición *agrietados*
- b) Deformaciones *ninguna*
- c) Color *rojo brillante*
- d) Movimientos *normales*

2.- Lengua

a) Textura *fisurada*

b) Tamaño *normal*

c) Movimientos *normales*

3.- Frenillo bucal *normal*

4.- Hábitos *respirador bucal y bruxismo*

III EXPLORACION CLINICA

1.- Oclusión

a) Clase I

b) Clase II

c) Clase III

2.- Exámen dental

a) Caries dental

EDIDE

b) Obturaciones desajustadas

ninguna

c) Coronas prefabricadas • naturales con contornos desfa
verables

ninguna

d) Aparatos ortodónticos

ninguno

e) Piezas ausentes

ninguna

3.- Exámen parodontal

- a) Higiene oral mala
- b) Placa bacteriana sí
- c) Tártaro dentario no
- d) Grado de enfermedad gingival
 - 1.- gingivitis
 - 2.- parodontitis

IV DATOS ACCESORIOS DE PREVENCIÓN

- 1.- Tipo de cepillo
inadecuado
- 2.- Tipo de hilo dental
no utiliza
- 3.- Frecuencia del cepillado al día
una vez al día
- 4.- Técnicas de cepillado
incorrecta
- 5.- Higiene del cepillo
incorrecto
- 6.- Condiciones del cepillo dental actual
desfavorable
- 7.- Tiempo que tarda en cepillarse los dientes
segundos
- 8.- Sangrado de encías al cepillarse
no sangra
- 9.- Aplicación de flúor.
nunca

DATOS PARA TECNICA DE PREVENCION DENTAL EN NIÑOS CON
SINDROME DE DOWN

I DATOS PERSONALES

- 1.- Nombre *Janine Gaspar* Fecha *13-Oct-82*
- 2.- Edad *6 años*
- 3.- Fecha de nacimiento *5-Jun-1976*
- 4.- Ocupación del padre
- 5.- Edad del padre
- 6.- Ocupación de la madre
- 7.- Edad de la madre
- 8.- Dirección y teléfono

II EXPLORACION BUCAL

- 1.- Labios
- a) Condición *agrietados*
- b) Deformaciones *ninguna*
- c) Color *rojo brillante*
- d) Movimientos *normales*

2.- Lengua

- a) Textura fisurada
- b) Tamaño macroglosia
- c) Movimiento normales

3.- Frenillo Bucal normal

4.- Hábitos respirados bucal

III EXPLORACION CLINICA

1.- Oclusión

- a) Clase I
- b) Clase II
- c) Clase III

2.- Exámen dental

- a) Caries dental

E	D	D	E
E	D	D	E

- b) Obturaciones desajustadas y mal pulidas

ninguna

- c) Coronas prefabricadas o naturales con contornos desajustables

ninguna

- d) Aparatos ortodónticos

ninguno

- e) Plexos ausentes

ninguna

3.- Exámen parodontal

- a) Higiene oral mala
- b) Placa bacteriana Sí
- c) Tártaro dentario no
- d) Grado de enfermedad gingival
 - 1.- gingivitis
 - 2.- parodontitis

IV DATOS ACCESORIOS DE PREVENCIÓN

- 1.- Tipo de cepillo
inadecuado
- 2.- Tipo de hilo dental
no utiliza
- 3.- Frecuencia del cepillado al día
una vez al día
- 4.- Técnica de cepillado
incorrecta
- 5.- Higiene del cepillo
incorrecta
- 6.- Condiciones del cepillo dental actual
desfavorable
- 7.- Tiempo que tarda en cepillarse los dientes
segundos
- 8.- Sangrado de encías al cepillarse
no sangra
- 9.- Aplicaciones de fluor
nunca

DATOS PARA TECNICA DE PREVENCION DENTAL EN NIÑOS CON
SINDROME DE DOWN

I DATOS PERSONALES

- 1.- Nombre *Pablo Hernández* Fecha *13-Oct-82*
- 2.- Edad *15 años*
- 3.- Fecha de nacimiento *21-Enero-1967*
- 4.- Ocupacion del padre
- 5.- Edad del padre
- 6.- Ocupacion de la madre
- 7.- Edad de la madre
- 8.- Dirección y teléfono

II EXPLORACION BUCAL

1.- Labios

- a) Condición *fisurados y escamados*
- b) Deformaciones *ninguna*
- c) Color *rojo brillante*
- d) Movimientos *normales*

2.- Lengua

- a) Textura fisurada
- b) Tamaño macroglosia
- c) Movimiento normales

3.- Frenillo bucal normal

4.- Hábitos respirador bucal y bruxismo

III EXPLORACION CLINICA

1.- Oclusión

- a) Clase I
- b) Clase II
- c) Clase III

2.- Exámen dental

a) Caries dental

654 | 3456
654 | 456

b) Obturaciones desajustadas y mal pulidas

ninguna

c) Cerenas prefabricadas o naturales con contornos desajustables

ninguna

d) Aparatos ortodónticos

ninguno

e) Piezas ausentes

ninguna

3.- Exámen parodontal

- a) Higiene oral mala
- b) Placa bacteriana Si
- c) Tártaro dentario Si
- d) Grado de enfermedad parodontal
 - 1.- gingivitis
 - 2.- parodontitis

IV DATOS ACCESORIOS DE PREVENCIÓN

- 1.- Tipo de cepillo
inadecuado
- 2.- Tipo de hilo dental
no utiliza
- 3.- Frecuencia del cepillado al día
una vez al día
- 4.- Técnica de cepillado
incorrecta
- 5.- Higiene del cepillo
incorrecto
- 6.- Condiciones del cepillo dental actual
desfavorable
- 7.- Tiempo que tarda en cepillarse los dientes
segundos
- 8.- Sangrado de encías al cepillarse
abundante
- 9.- Aplicaciones de fluor
nunca

Como podemos observar, en estas fotografías la forma de tomar el cepillo es en la mayoría de los niños incorrecta.



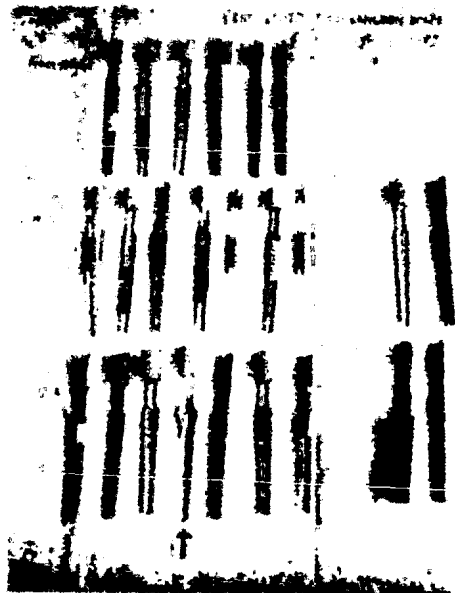
3.- Así pues, decidimos iniciar nuestro trabajo de prevención dental en estos niños, el primer paso consistió en tomar correctamente el cepillo, seguido de la técnica de cepillado correcta, utilizando la de "Stillman" la cual, la sintetizaremos así:

"Consiste en aplicar las cerdas del cepillo sobre la encía adherida con las arcadas en oclusión, dando movimientos en vertical por lo menos seis veces, con movimientos circulares en las caras oclusales y movimientos de barrido en caras linguales y palatinas".

Notamos con preocupación la gran dificultad que les ocasionaba seguir esta técnica, pues estaban acostumbrados a la técnica de refregado que consiste en movimientos horizontales sobre las caras vestibulares.

También revisamos, la forma en que lavaban sus cepillos y comprendimos la razón por la cual estos se mostraban con las características antes mencionadas.

Llegó el día límite para que los niños trajeran su cepillo dental adecuado y al recibirlos, vimos que, de 55 niños, sólo 24 lo traían.



Una vez, que los niños tuvieron su cepillado dental adecuado, insistimos en la enseñanza de la técnica de "Stillman", observando que se les dificultaba mucho ya que la mayoría de ellos continuaban dando movimientos circulares sobre las caras vestibulares. A pesar de este lento aprendizaje, quisimos compensar de algún modo a los pequeños, obsequiándoles una estrellita pegada en la frente como premio a su esfuerzo.



4.- Les enseñamos como lavar su cepillo en forma correcta de la siguiente manera:

"bajo el chorro de agua fría se coloca el cepillo y sin tocar sus cerdas se espera a que la pasta dentífrica se elimine por completo e inmediatamente después,

se sacude para eliminar el exceso de agua".

Quisimos recordar de la importancia en la cooperación de los padres y decidimos mandar una segunda circular:

Estimados Padres de Familia.

Agradecemos de antemano el interés por la salud bucal de su hijo (a).

Les informamos que a partir del pasado jueves, se inició la Campaña de Salud Bucal, consistente en la enseñanza de la técnica de cepillado correcta, habiendo observado que con un poco de atención y estímulo podrá llegar a dominarla y con ello prevenir futuros padecimientos orales. Por lo que pedimos su cooperación en casa para que este interés no decaiga. Así pues, les mantendremos informados de los resultados e insistimos en su ayuda.

Atentamente

La Dirección

5.- Como seguimos notando que a la mayoría de los niños se les dificultaba la técnica de cepillado de -- "Stillman" e insistían en movimientos circulares -- por causa de sus torpes movimientos, decidimos entonces cambiar la técnica por la de "Fones" la cual la enseñamos así:

"Con las arcadas en oclusión y colocando el cepillo perpendicularmente al eje axial del diente, se dan

movimientos circulatorios en la cara vestibular de todos los dientes. En las caras oclusales igualmente se dan movimientos circulatorios pero en las caras linguales y palatinas se dan movimientos verticales de barrido sin regresar el cepillo hacia el cuello del diente. Este se repite 8 veces aproximadamente por cada pareja de dientes".

Lógicamente que estos niños no iban a entender nada si se los enseñamos de esta manera y de seguro no -- contarían las 8 veces requeridas como mínimo pero con nuestra constante enseñanza logramos que esta fuera la más apropiada para ellos.

Con esta técnica, a parte de haber notado que la dominaban más fácilmente, logramos que los niños mantuvieran la lengua adentro para no estorbarles durante el cepillado.

6.- Observando favorables resultados, decidimos -- como siguiente paso informar a los padres y a los maestros para que nos ayudaran en la enseñanza. Así pues -- les mandamos una circular a los padres diciendoles lo siguiente:

Estimados Padres de Familia.

Como les comunicamos anteriormente acerca de mantenerlos informados de los avances en la Campaña de -- Salud Dental, les diremos la técnica de cepillado enseñada a sus hijos, para asegurarnos que es la más adecuada y la cual se les facilita más... (técnica de -- "Jones"). así pues, pedimos le favor reforzar la --

técnica correcta a su hijo (a) para una mejor prevención y de nuevo agradecemos su interés.

Atentamente

La Dirección

7.- Las últimas dos circulares que mandamos, sólo lo hicimos a cuyos hijos les dieron su cepillo dental - que les pedimos, pues de otra manera no hubiéramos cumplido con lo escrito en la primera circular. Esto dió - muy buen efecto, pues los padres que no mandaron su cepillo dental, se dieron cuenta de que hablabamos en serio acerca de la Campaña de prevención dental y 6 más - de ellos reaccionaron positivamente enviándonos el cepillo. Agradeciéndoles, les mandamos una circular:

Estimados Padres de Familia:

Agradecemos su interés para con sus hijos, y deseamos sinceramente no decaiga durante el transcurso de la campaña.

Les informamos de la técnica de cepillado de su hijo (a) para que con su cooperación y ayuda, refuercen su aprendizaje y lo estimulen para llegar al hábito más prontamente... (técnica de Fones).

Atentamente

La Dirección

Así pues, en el principio les enseñamos a 24 niños y mentiron estos a 30.

Fue ventajoso el que los niños tomaran como juego el cepillarse los dientes y más aún cuando lavaban el cepillo pues notamos la satisfacción mostrada en su cara al tocar el agua y eso desde luego nos favoreció.

Mientras transcurrieron los días notamos con agrado que nadie tomaba ya incorrectamente el cepillo y esto se logró por la constante enseñanza a base de mímica y por la demostración en modelos de dientes tamaño natural.



Consideramos tener éxito en nuestra labor gracias al empleo de la clave "MEDAR" que significa:

- M. - MOTIVACION
- E. - EDUCACION
- D. - DEMOSTRACION
- A. - APRECIACION
- E. - ENTRENAMIENTO



10.- Después de que la mayoría de los niños aprendieron la técnica de cepillado aunque no dominada completamente, procedimos a darles pastillas reveladoras.

Estas pastillas contienen un tinte vegetal rojo - llamado eritrocina.

Una vez masticada la tableta les indicamos que - pasaran saliva entre y alrededor de los dientes durante treinta segundos, con el objeto de que la placa bacteriana se pigmentara de color rojo vivo.

Así pues, les dimos a cada niño un espejo para - que pudiera observar unas manchas rojizas en sus dientes, los cuales indicaban que todavía los tenían sucios, debido a que no se cepillaban bien.

11.- A los padres del niño también se les informó acerca del uso de las pastillas reveladoras, por medio de otra circular:

Estimados Padres de Familia,

Una vez más, les informamos de los avances.

Su niño (a) ha progresado bastante con respecto a la técnica de cepillado gracias a su cooperación, sin embargo hemos notado que su hijo (a) tiene la técnica pero no limpia correctamente sus dientes, desde luego que consideramos que es por falta de práctica.

Para descubrir esto, utilizamos un agente indicador de placa bacteriana por medio de una pastilla reveladora, de las cuales le proporcionamos algunas para instruir más a su niño (a) y así tener una higiene adecuada.

Acercas del uso de esta pastilla, la maestra se lo explicará detalladamente.

De nuevo gracias por su interés.

Atentamente

La Dirección

12.- También se utilizaron dispositivos de limpieza como el hilo dental, el cual puede ser encerado o sin encerar. El que utilizamos nosotras es el hilo no encerado ya que este se abre y atrapa a la placa bacteriana y a los restos, por lo que limpia mejor los espacios interproximales.

El hilo no es aceptado para la limpieza diaria -- por su difícil manejo.

Es necesaria siempre una cuidadosa demostración -- haciéndola para uno mismo e inmediatamente se le ayuda al niño a realizar la técnica.

Nos llevó toda una semana tratándoles de enseñar el uso del hilo dental sin observar buenos resultados debido a la falta de habilidad ya que se desesperaban mucho y tiraban el hilo inmediatamente.





Optamos entonces utilizar el hilo con adaptador - el cual supusimos que no les costaría tanto trabajo.

Para esto mandamos otra circular a los padres, pidiéndoles el adaptador, a la que respondió únicamente una señora, mandándolo. Lo cual nos entristeció, pues - nos imaginamos que, no lo mandaron por el costo del mismo, por lo tanto nos dedicamos sólo a esta niña, enseñándole el uso correcto del hilo dental con adaptador. En pocos días aprendió, informándole a la mamá -- constantemente de su evolución y pidiéndole siquiera -- con su cooperación.

Ahora bien, a los padres de estos niños es tan importante estimularlos como a ellos, por lo tanto de -- ves en su mismo ánimo gifetes insertados en los suete

res de sus hijos para recordarles el reforzamiento que se les debe dar.

Por ejemplo:

**" NO DEJES DE ENSEÑARME
COMO LAVAR MIS DIENTES
ESTE FIN DE SEMANA "**

Notese que recalcamos "ESTE FIN DE SEMANA" pues es cuando no asisten a la escuela, lo cual significa - estarán todo el tiempo con sus padres y es necesario - que los ayuden. También, la manera de decirles a los - padres "ENSEÑARME" parece ser que el mismo niño les su - plicara que no se olviden de él, lo cual, a la mayoría de los padres los hace reflexionar.

3.- EVOLUCION DEL APRENDIZAJE DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO APLICADO EN LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN.

Realizamos gráficas, para mostrar los avances de los niños durante su aprendizaje en la enseñanza de - la correcta técnica de cepillado y el lavado adecuado del cepillo.

A medida que se llevó a cabo este trabajo, descubrimos que valió la pena haber convivido con estos niños anteriormente, pues de esta manera nos dimos cuenta de las diferencias de captación de cada uno de ellos.

Algunos niños necesitaron de un número mayor de - reforzamiento, como, el enseñarles durante la mañana -

más de dos veces.

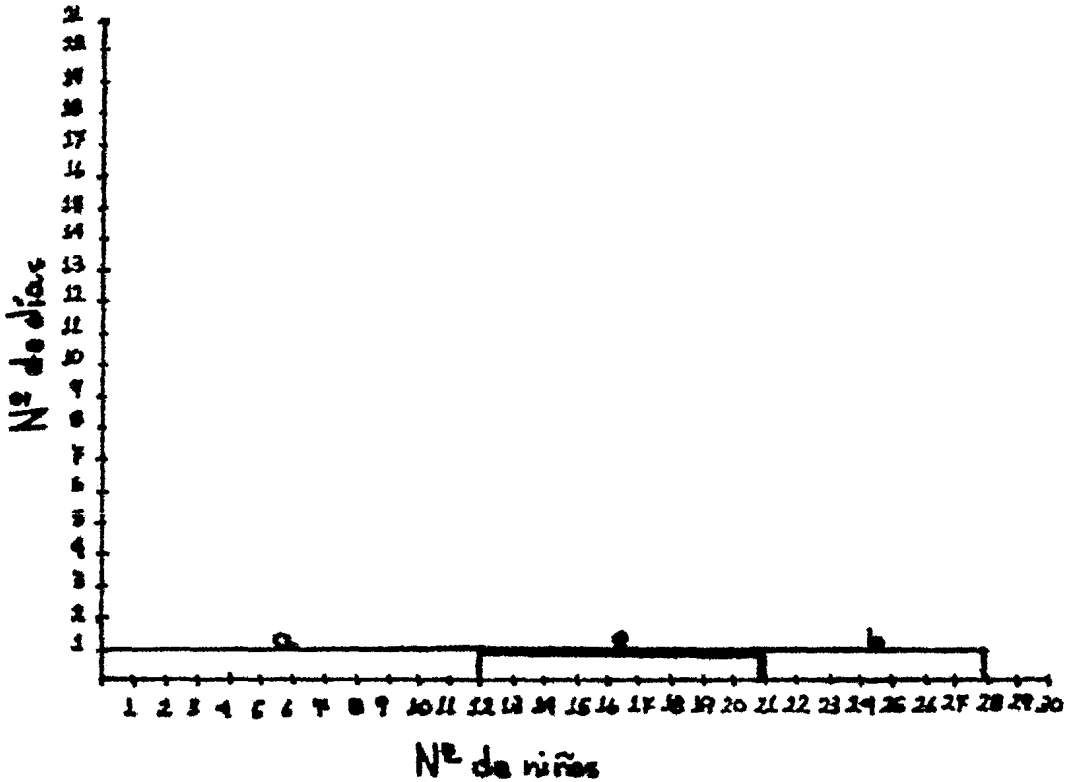
Como se podrá observar en las gráficas, los resultados que se obtuvieron con respecto al lavado del cepillo fueron favorables en menor tiempo que el de la técnica de cepillado.

Y en la última gráfica demostramos la ayuda proporcionada por los padres y los maestros con respecto a la fisioterapia bucodental.

GRAFICA # I

REPRESENTANDO:

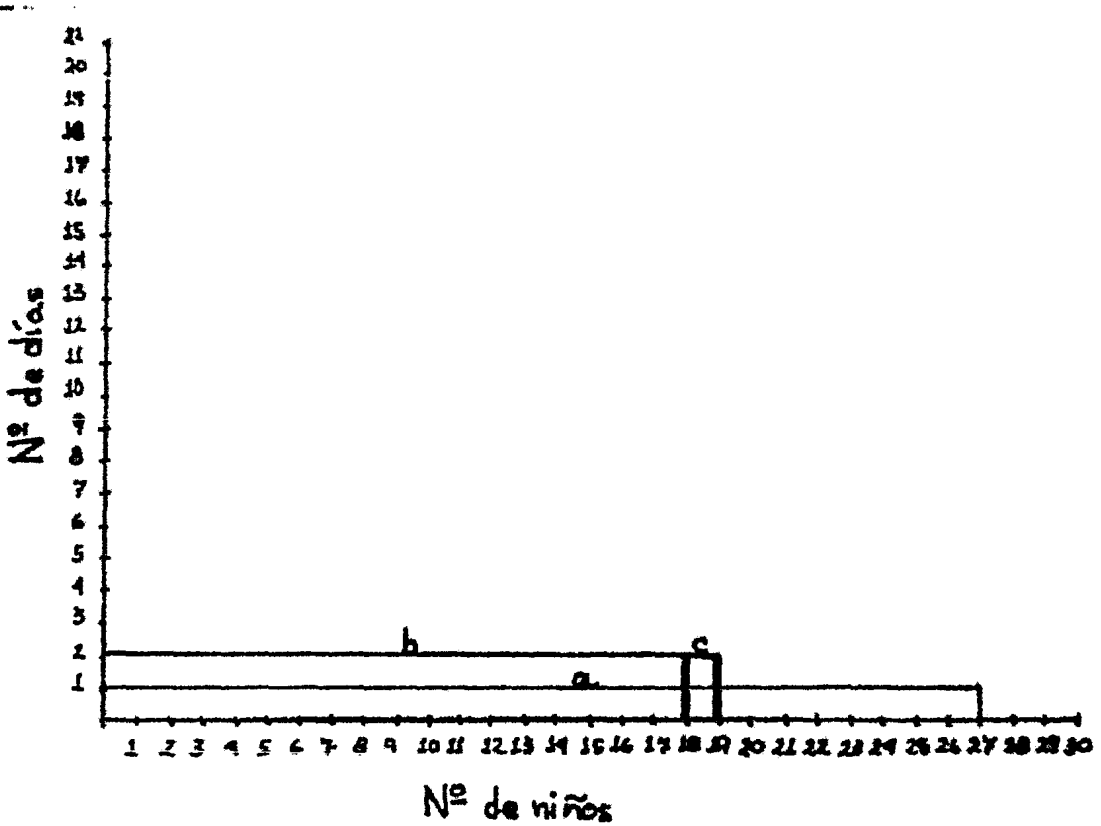
- a) Niños que tomaron correctamente el cepillo antes de la enseñanza.
- b) Niños que se lavaban los dientes.
- c) Niños que lavaban sus cepillos.



GRAFICA # 2

REPRESENTANDO:

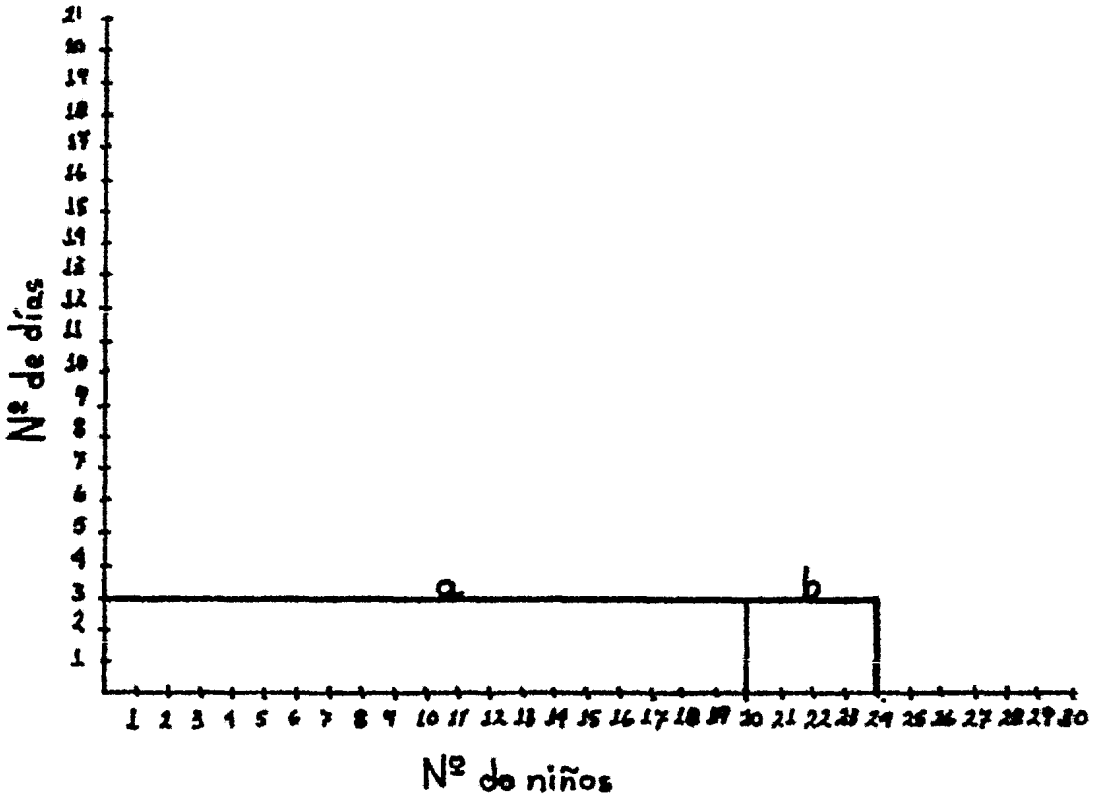
- a) Niños que captaron la técnica de cepillado el primer día.
- b) Niños que recordaron la técnica de cepillado al segundo día.
- c) Niños que recordaron lavar el cepillo al segundo día.



GRAFICA # 3

REPRESENTANDO:

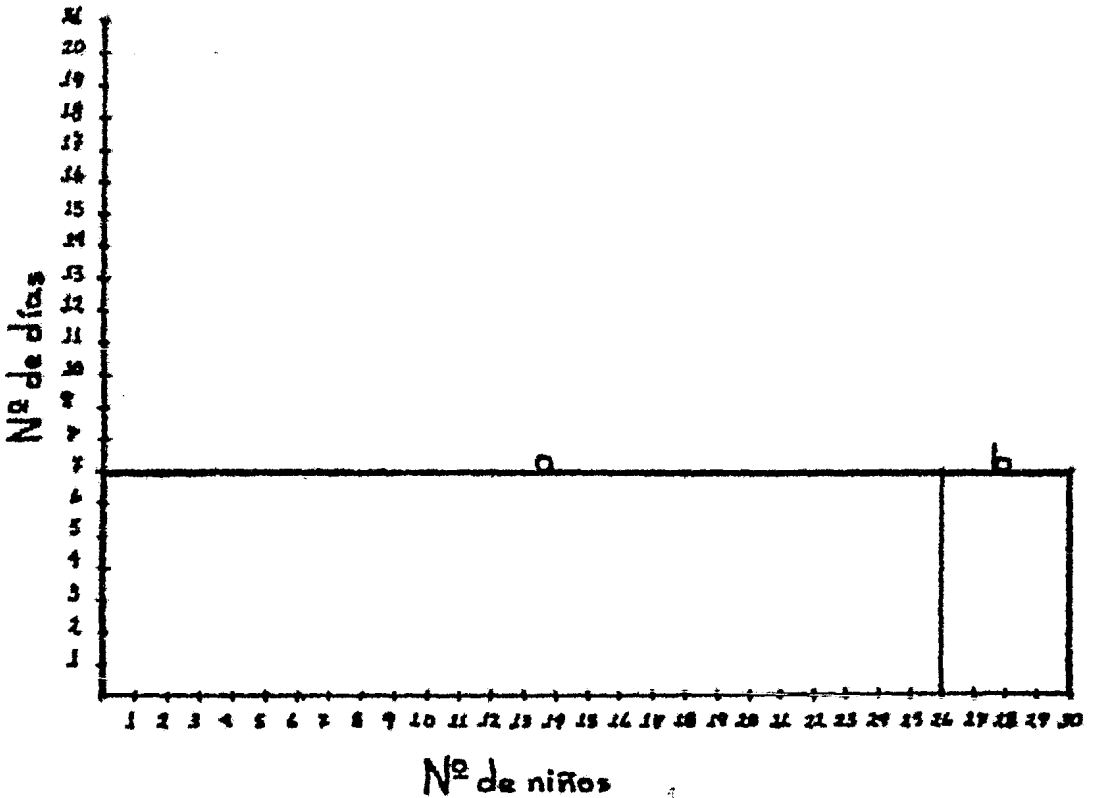
- a) Resultados despues de tres días de la enseñanza de la técnica de cepillado.
- b) Después de tres días de la enseñanza del lavado correcto del cepillo.



GRAFICA # 4

REPRESENTANDO:

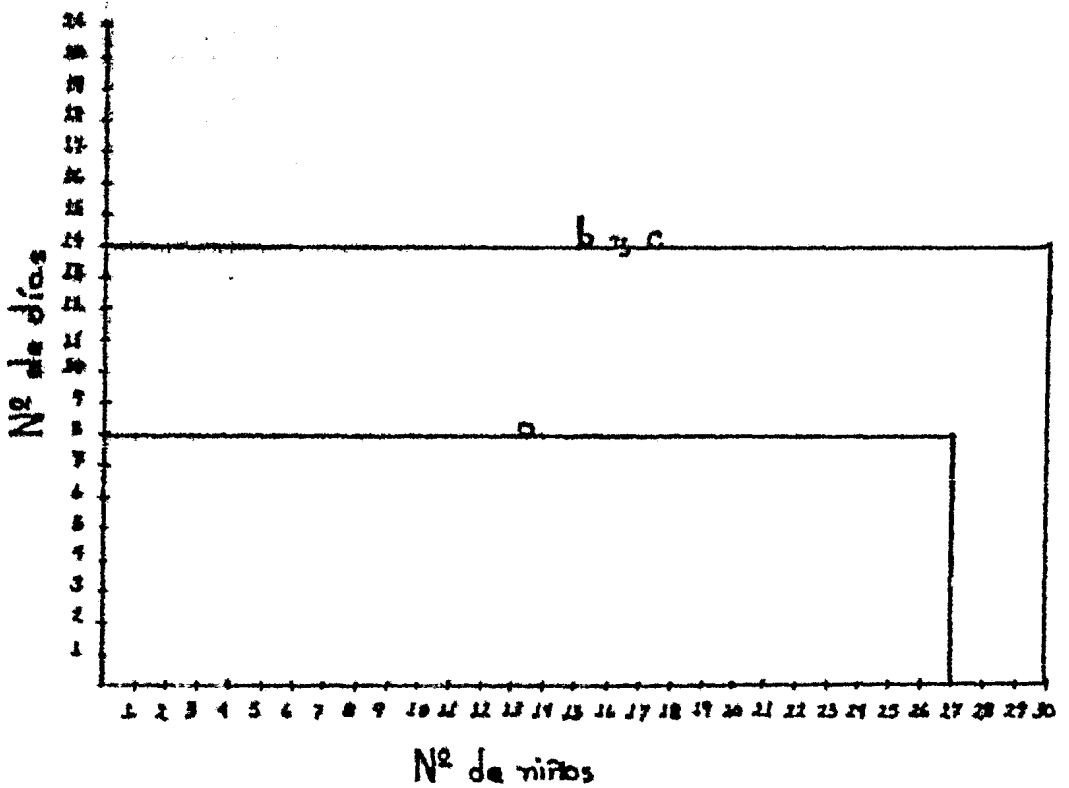
- a) Después de una semana de la enseñanza de la técnica de cepillado correcta.
- b) Después de una semana de la enseñanza del lavado correcto del cepillo.



GRAFICA # 5

REPRESENTANDO:

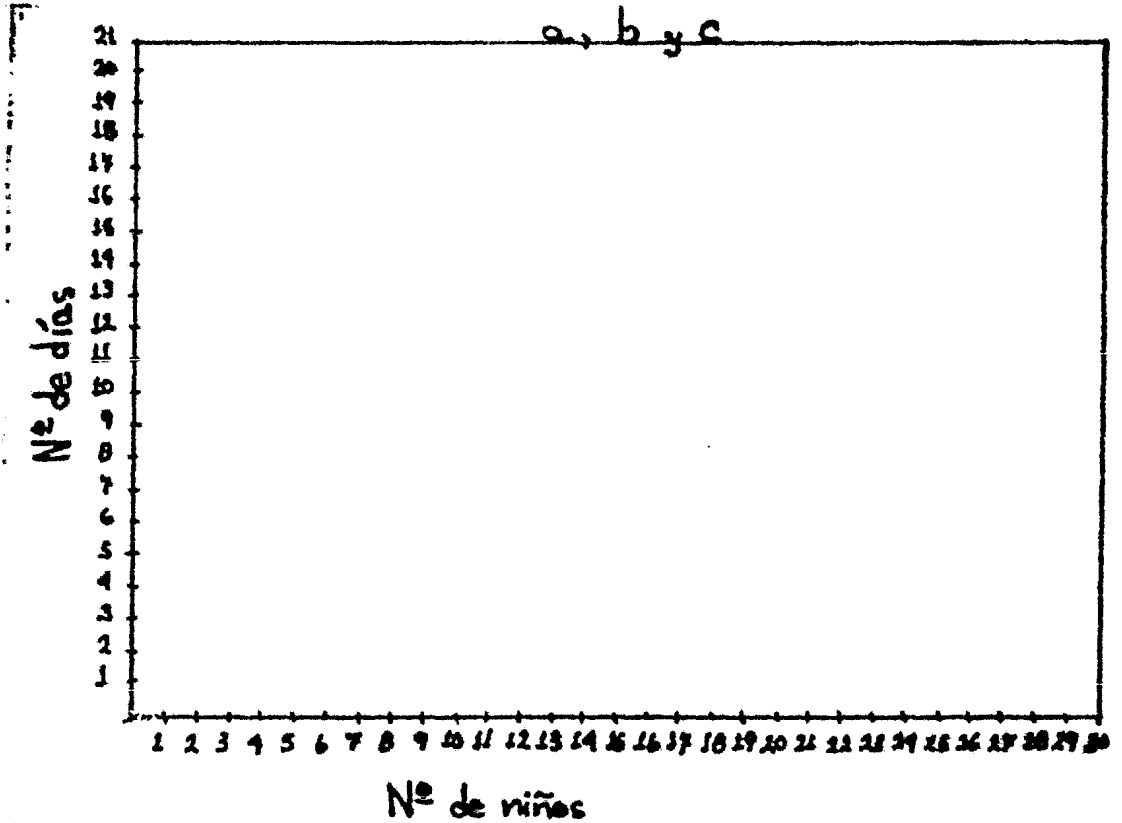
- a) Niños cooperadores con la pastilla reveladora.
- b) Después de dos semanas de la enseñanza de la técnica de cepillado.
- c) Después de dos semanas de la enseñanza del lavado del cepillo.



GRAFICA # 6

REPRESENTANDO:

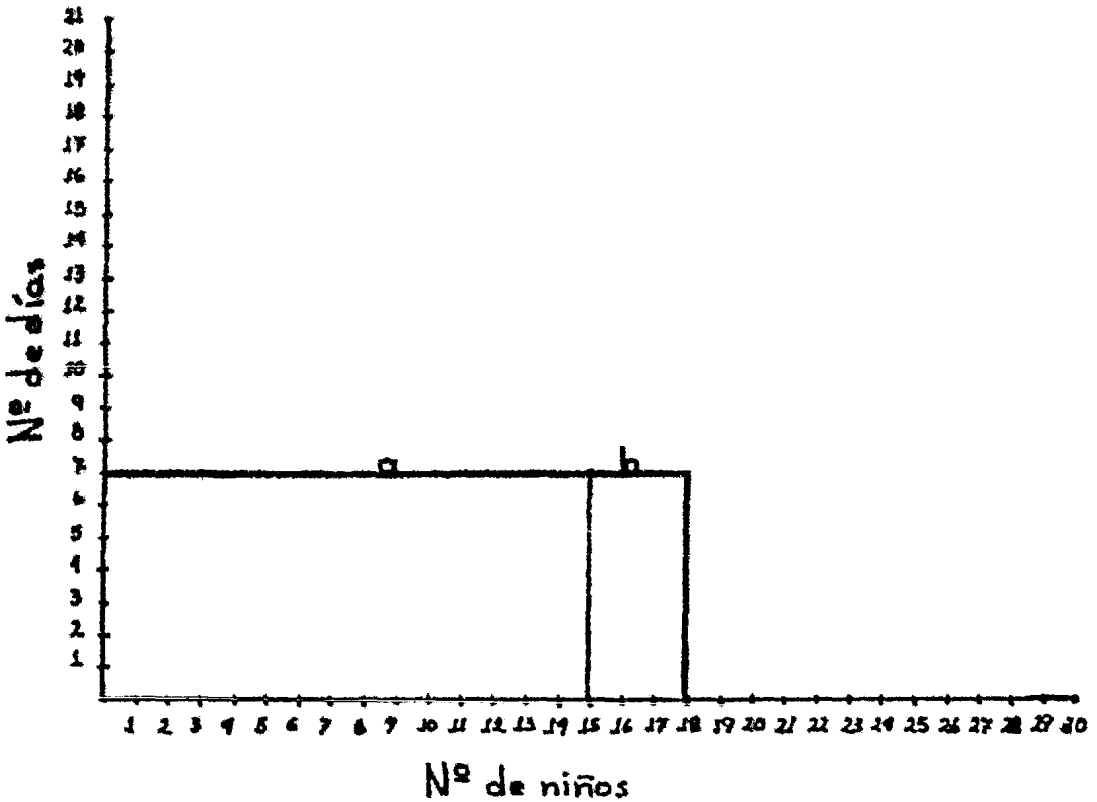
- a) A las tres semanas de la enseñanza de la técnica de cepillado.
- b) A las tres semanas de la enseñanza del lavado del - cepillo.
- c) Niños que aprendieron a usar la pastilla reveladora.



GRAFICA # 7

REPRESENTANDO:

- a) Niños que tuvieron reforzamiento en su hogar de la técnica de cepillado y lavado correcto del cepillo.
- b) Niños a quienes sus maestros les reforzaron la técnica de cepillado y el lavado correcto del cepillo.



CAPITULO III

CARACTERISTICAS DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN DEL INSTITUTO JOHN LANGDON DOWN

"...si pudiera yo expresar
me te diría como soy inte
riormente..."

1.- Características Generales

En realidad el niño con Síndrome de Down se asemeja mucho a otro y esta es la reacción que tenemos en la primera impresión y quizá en la segunda también, pero al tercer día de convivir con ellos, definitivamente son muy notorias las diferencias de cada uno de estos niños y aunque tienen sus ojos, nariz y boca muy parecida, se distinguen perfectamente uno del otro así como dos niños normales, pues aparte de diferenciar -- sus características faciales, el contorno de su cara -- es de forma diferente aún con la tendencia a tenerla redonda, su cabello es también distinto tal como su -- corte y abundancia o escasez del mismo.

En caso de que sean gemelos, sería entonces otra cuestión, ya que en varias ocasiones llegamos a confundirlos.

Sin embargo siempre tienen algo diferente como -- puede ser la estatura, constitución física, expresión facial o bien hasta el comportamiento con sus semejantes. Por lo tanto no son idénticos y se dejan de confundir con sólo reconocer las características diferen--

cial entre los dos.



Un 80% de estos niños tienen el occipucio plano, de tal forma que el diámetro cefálico es notoriamente menor que el de un niño normal de la misma edad.

Un 60% tienen escaso cabello, sin embargo el otro 40% lo llegan a tener hasta abundante.

Acercas de la nariz, un 95% la tienen chata y los orificios nasales los tienen más abiertos de lo normal.

Además también que el 100% tienen pliegues epicanáticos por cuales reconocimos, es un pliegue de la piel en el ángulo del párpado superior, el cual da la impresión de encerrar los postros.

Solamente encontramos a dos niños con ojos azules los cuales eran alemanes.

Las orejas, en un 62% de los niños las tienen dobladas ligeramente hacia adelante dandonos la impresión al verlos de frente, que son demasiado grandes.

Su cuello en un 95% es corto y ancho, por lo que podemos confirmar que es una de las características de estos niños.

El 100% tienen manos cortas y anchas y un pliegue característico que se les forma al cerrar la mano. Este pliegue va aproximadamente de un centímetro por debajo del dedo meñique llegando hasta cerca de un centímetro y medio por debajo del dedo índice. Su diferencia estriba en que el pliegue no sube en dirección, a la división entre el dedo índice y mayor como es frecuente sino que sigue hasta llegar a la división entre el dedo índice y pulgar.

Acerca de la clinodactilia, no observamos ningún caso con esta característica, sin embargo varios autores opinan que es común en estos niños.

El 100% de estos niños son bajos de estatura, y el 95% son gorditos y torpes al caminar.

Con respecto a su cociente intelectual es aproximadamente de 50 y su debilidad mental es más notoria al aumentar la edad.

Notamos que el 50% tienen dificultades de coordinación del habla, aunque es posible entenderles, pero el otro 50% son capaces de describir algún objeto de una manera muy explícita.

2.- Características orales

Para un mejor entendimiento, nombraremos únicamente el porcentaje que observamos en estos niños.

1.- Labios

a) escamados.....	40%
b) escamados y fisurados.....	38%
c) normales.....	22%

2.- Lengua

a) macroglosia fisurada.....	60%
b) fisurada sin macroglosia.....	30%
c) normal.....	10%

3.- Frenillo

a) sobre línea mucogingival.....	10%
b) sobre encía insertada.....	10%
c) sobre encía marginal.....	80%

4.- Hábitos

a) respirador bucal.....	60%
--------------------------	-----

- b) de lengua..... 8%
- c) de dedo.....10%
- d) bruxismo..... 22%

5.- Oclusión

- a) Clase I..... 10%
- b) Clase II..... 60%
- c) Clase III..... 30%

6.- Caries dental

- a) ausencia de caries..... 36%
- b) no severa..... 62%
- c) severa..... 2%

7.- Obturaciones

- a) si tienen..... 80%
- b) no tienen..... 80%

8.- Coronas prefabricadas

- a) si tienen..... 4%
- b) no tienen..... 96%

9.- Aparatos ortodónticos

- a) si tienen..... 4%
- b) no tienen..... 96%

10.- Piezas ausentes por retardo de erupción

- a) si..... 40%
- b) no..... 60%



11.- Higiene oral

- a) buena..... 4p
- b) regular..... 25p
- c) mala..... 71p

12.- Placa bacteriana

- a) si tienen.....100p

13.- Grado de enfermedad periodontal

- a) leve..... 100p
- b) grave..... 70p

c) *parodontitis*..... 10%

14.- Tipo de cepillo

a) *adecuado*..... 5%

b) *inadecuado*..... 95%

15.- Condiciones del cepillo dental actual

a) *desfavorable*.....100%

16.- Frecuencia del cepillado

a) *una vez al día*..... 80%

b) *dos veces al día*..... 10%

c) *tres veces al día*..... 5%

d) *no se cepilla*..... 5%

17.- Técnica de cepillado

a) *incorrecta*.....100%

18.- Higiene del cepillo

a) *correcta*..... 5%

b) *incorrecta*..... 95%

19.- Tiempo en que tarda en cepillarse

a) *segundos*..... 95%

b) *minutos*..... 5%

20. - Sangrado de encías al cepillarse

- a) abundante..... 10%
- b) escasa..... 50%
- c) no sangran..... 40%

CAPITULO IV

"...soy lento y mucho de lo que para tí es fácil, es muy difícil para mí..."

COMPORTAMIENTO ANTE EL ODONTOLOGO

Tal como cualquier niño, uno, con Síndrome de --- Down puede tener diferentes comportamientos frente al odontólogo, depende todo de la experiencia que haya tenido. Sin embargo la gran mayoría de estos niños, según lo que observamos en el Instituto llegan al consultorio sin temor alguno y acceden con facilidad a sentarse en el sillón dental, pero cuando queremos colocar un instrumento dental dentro de la boca del paciente niño, que por primera vez lo ha visitado se muestra desconfiado, aunque la mayoría de las veces cede rápidamente con sencillas explicaciones.

Esta clase de niños, llega al consultorio y se sienta en el sillón con sólo pedirselo más es muy curioso y comienza siempre por observar todo su alrededor en una forma defensiva y desconfiada, así pues su siguiente reacción inmediata es, en caso de hablar, la de preguntar por cada objeto nuevo que tiene a su alcance, luego entonces, cuando escucha y observa una explicación satisfactoria, se deja hacer la exploración.

Estos niños al ver cualquier instrumental se espantan y dudan mucho en dejarse tratar en el consultorio dental y por lo mismo nos cuesta mayor trabajo con vencerlos.

Esta clase de niños son aquellos a los cuales en sus casas, siempre los están amenazando con que "si no te portas bien te llevaré al médico o al dentista para que te pique". Así, con el hecho de ver cualquier instrumento amenazador que pueda quizá herirlo se muestra sumamente desconfiado, entonces, llega al consultorio llorando o resistiéndose mucho y más aún cuando se les presenta una persona que porte una filipina o bata, ya no digamos de color blanco, pues este color hemos comprobado que les es sumamente impresionante, sino de cualquier otro color.

La ventaja que se tiene en un niño Síndrome de Down (según nuestras observaciones) es, que le temen aún más a la fuerza o autoridad con que el operador le hable, es decir que le teme a que uno se enoje con ellos y por lo tanto se toman accesibles y obedientes.

2.- NIÑOS NECESITADOS DE CARIÑO

Abundan también niños con Síndrome de Down, que con tal de atenderlos y sentirse queridos y necesitados acceden absolutamente a todo sin preguntar nada, es decir, llegan al consultorio no importando que estén con filipina, sonríen y hasta saludan quedándose quietos esperando obedecer a cualquier mandato que se les imponga, por lo tanto se les indica que de favor -

se sienten en el sillón y al realizar la exploración armada no es necesario darles ninguna explicación con lo que respecta al uso del instrumental, pues antes -- que nada obedecen de inmediato y mantienen su boca abierta.



Estos niños necesitan de mayor cariño, aunque -- posiblemente no reciban regaños en sus hogares, es casi seguro que tampoco se los den y la poca atención -- que les brindan es insuficiente para que el niño esté satisfecho y busque el cariño no recibido, en cual--- quier otra persona y si esta es el odontólogo, él co--- rresponde muy positivamente obedeciéndolo.

3. - NIÑO INDIFFERENTE

Este niño en cuanto a su comportamiento en el ---

consultorio dental es un tanto chistoso pues es indife-
rente a todo. Lleva siempre cara de aburrimiento y fas-
tidio al cual, o bien no le gusta tomar decisiones o r-
nunca lo dejan tomar alguna y hace todo lo que le di-
cen con tal de que no le molesten mucho. Es muy pacien-
te hasta cierto límite pues tiende a enojarse si se le
molesta demasiado tiempo. Es fácil tratarlo y aunque -
desconfía un poco se deja hacer lo que sea con la con-
dición de que se termine pronto esa molestia que tiene.
Así siempre tiene cara de enojado y más que eso de re-
signación pareciendo como si estuviera consciente de su
enfermedad.



Este niño actúa así porque en su casa no tiene ni
voz ni voto pues todo lo que pudiera hacer o querer -
ya lo tiene a por lo tanto todo lo que le hacen o le o-
frecen lo acepta indiferente pues así está acostumbra-
do.

4. - NIÑO JUGUETON

Este niño se comporta como si todo su alrededor - estuviera hecho para él con montones de juguetes.

Los cuales estan esperandolo para cuando llègue pues, sólo jugar es precisamente lo que hacen ellos desde el momento que llega al consultorio dental. El es así porque en su casa está hecha especialmente para que tome todo lo que guste sin que esto ocasiona molestia alguna, ya. que no existe ningun objeto valioso el cual él pueda maltratar, o alguno con el que pudiera lastimarse. Está acostumbrado a caminar -- en su casa por doquier, libremente y por lo tanto él quiere ser así, libre, en cualquier parte donde se encuentre. El odontólogo con un poquito de paciencia puede mantener al niño quieto mientras lo atiende, lo -- cual lo explicaremos más adelante.

5. - NIÑOS ENOJONES Y REBELDES

Nos tocó también observar estos niños los cuales aparte, son desobedientes, desconfiados y estan a la - defensiva y aunque son difíciles de tratar pues, son -- muy negativos, en ningún momento llegan a ser agresivos.

A continuación, mencionaremos el caso de un niño en especial, en cuanto a su comportamiento en el consultorio.

Llegó al consultorio un poco molesto, pues le ha --

se encontraba. Al entrar y al observarnos de filipina su reacción fué normal, lo cual nos agradó mucho. Lo notamos un poco nervioso pero tratamos de darle confianza siempre. Le pedimos de favor que se reclinara en el sillón dental, y nunca quiso ni siquiera sentarse, comportandose muy rebeldemente aún cuando lo motivamos con regalos y premios, por momentos nos lo pedía y así para no forzarlo y cansarlo tanto, decidimos regresarlo a su salón de clases hasta descubrir en que forma lo podríamos convencer.

Decidimos traerlo al día siguiente pero, ahora -- junto con su mejor amigo tratando de que se sintiera con mayor confianza, así pues antes de atenderlo, quisimos que observara la manera en que explorábamos a su amiguito, lo que le interesó mucho, hasta el punto en el que él mismo quería tomar el espejo dental y observar lo que había dentro de la boca de su compañero. A la hora en que le tocó sentarse en el sillón, volvió a protestar como la vez anterior y se resistió mucho -- aún insistiendole y motivandolo con obsequios, nunca quiso reclinarsse en el sillón. Despues de haber terminado en cierta forma con nuestra paciencia, nos quedamos sentadas y lo observamos. Lo que pasó fué algo inesperado.

Al notar el niño, que ya no insistimos en que se reclinara en el sillón, se bajó de este y se sentó en una silla cercana a él, tomó el espejo dental y se lo metió en la boca, de tal manera que nos diéramos cuenta que no le tenía el instrumental, inmediatamente después, tomó la mano de una de nosotras y nos dió el es-

pejo dental a su vez que abría la boca para que lo exploráramos y así lo hicimos. Después tomó el explorador y nos lo dió de igual forma y procedimos a revisarlo, inmediatamente de examinar sus dientes y tejidos adyacentes, él mismo tomo su cepillo dental y comenzó a lavar sus dientes, tal y como se lo habíamos enseñado.

Luego después nos pidió, señalándonos con la mano, su estrellita para que se la colocáramos en su frente, y con mucho gusto se la dimos, al igual que un juguete de plástico y lo regresamos a su salón de clases.

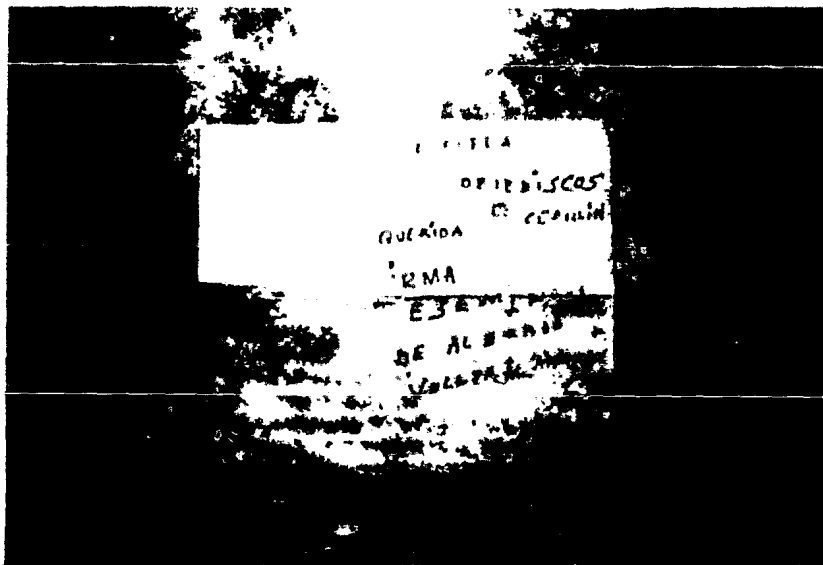
Con todo esto, nos dimos cuenta que no le desagradaba ni el instrumental, ni nosotras con filipina, --- sino el reclinarsse en el sillón y nos dió a entender - que posiblemente tenía un trauma. No volvimos a tratar de que se sentara en el sillón dental y en una silla - más o menos cómoda, logramos explorarlo.



6.- NIÑOS MUY AFECTIVOS

Estos niños tienden a ser muy afectivos por la -- persona que los trate con cariño, y pueden llegar en -- cierta forma a enamorarse de ella, en este caso al fre -- cuentar constantemente, al dentista, empiezan a sentir un gran cariño por él. Lo siguiente daré una idea de -- lo antes mencionado.

Nos expusimos a dar cuenta que a un niño le gusta -- ba mucho venir con nosotras al consultorio y con gusto -- hacía las cosas que le pedíamos. Un día cuando lo lle -- vamos al consultorio para verificar su técnica de cepi -- llado, llevaba en la mano un papel doblado el cual se -- lo pedimos para que pudiera cepillarse. El papel ni si -- quiera lo desdoblamos dejándolo sobre el escritorio. -- El niño, al ver esto, dijo lo siguiente, "abrelo Irma, -- lo hice para tí". Entonces nos sorprendimos y desdoble -- mos el papel el cual decía lo siguiente:



Viendo esto, decidimos tratarlos a todos con un poco de indiferencia de tal manera que lo anterior no volviera a suceder.

De todo esto podemos concluir que aún siendo los niños de diferente carácter, a todos los podemos controlar, ya que de ninguna manera son agresivos como erróneamente los han calificado y por lo mismo son discriminados en los consultorios dentales.

CAPITULO V

COMO TRATAR AL INDIVIDUO CON SINDROME DE DOWN PARA ABOLIR SU TEMOR EN EL CONSULTORIO DENTAL

"...si me dejan aprender a mi paso, sin rechazarme, puedo tener lugar en el mundo..."

Antes de empezar, quisiéramos hacer notar, que vamos a describir la manera de como tratar al individuo, tal como nosotras creemos que es la más conveniente.

Primero que nada, debemos estar perfectamente bien concientes y convencidos, nosotros los odontólogos de que queremos atender a niños con Síndrome de Down. Tenemos que estar en conocimiento de que se trata de un niño necesitado en todo sentido y saber de sus deficiencias orgánicas y mentales. Desde el momento en que llega el paciente al consultorio debemos observar su comportamiento para analizarlo, lo cual ayudará a tratarlo.

En caso de que el individuo, ya sea niño o adulto cronológicamente hablando, no haya tenido educación especial, sus movimientos serán excesivamente torpes y hay que ayudarlo aún más pues estos niños recordemos, sufren de hipotonía. Generalmente los niños con Síndrome de Down sin educación especial, no son agresivos y son muy obedientes pero, en caso de que no estén de acuerdo en algún trato que se les haga, hay que tener mucho cuidado pues, ellos tienen una fuerza increíble aunque parezca contradecir lo de hipotonía. En este caso se necesita de la madre urgentemente, ya que el ni-

ño no sabe escuchar a otra persona más que a ella o de quien lo cuida.

Es muy difícil que llegue al consultorio un niño con Síndrome de Down sin educación especial, pues si los padres no se preocupan por su educación, es rarísimo que se lleguen a preocupar por su salud dental. Por lo tanto daremos a conocer la manera de tratar a estos niños, pero, cuando tienen educación especial, puesto que serían los casos más frecuentes.

Debemos de pedir sus expedientes de los antecedentes médicos del niño para no provocarle ninguna otra alteración.

Recordemos que muchos de estos niños, sufren enfermedades cardiovasculares y son altamente susceptibles a infecciones, lo cual debemos tener muy presente pues, en caso de que nuestros pacientes presenten estos desordenes, tenemos que premedicarlo antes de cualquier tratamiento, para no correr el riesgo de complicarle su enfermedad y tal vez provocarle una bacteremia.

En primer término, tenemos que ver al niño como lo que es, un individuo con retardo mental, lo cual significa que no tienen la misma capacidad que un niño normal.

Desde el momento en que nos mira hay que darle la primera muestra de confianza con una sonrisa y así el

niño entenderá que no queremos agredirlo. Lo invitaremos a conocer el consultorio dental mostrándole toda la unidad y su función, él poco a poco irá mostrándose menos inseguro. Se le permite que tome cada instrumento de la unidad, como el extractor, la pieza de mano, la charola y en fin, se le puede dar a conocer instrumentos no agresivos para que el niño empiece a eliminar el temor a la unidad dental. Cada paso que realicemos para con el niño, debe ir acompañado de pláticas triviales como de su casa, escuela, televisión, etc, dándose cuenta así, del interés que tenemos hacia él, mostrándose entonces más seguro.

Después de que el niño ha tomado más confianza y ha conocido lo que seguramente para él eran juguetes, se le invita a que se recline en el sillón dental con una constante conversación de parte del operador.

Recalcamos, que debemos poseer un máximo de paciencia, pues, su entendimiento es sumamente lento.

Ya estando el niño sentado en el sillón dental, se le empieza a adentrar en el tratamiento por hacer. Con palabras y música entendibles a su nivel, es decir se le informa que queremos ver sus dientes pues, los tiene muy bonitos y no queremos que se vuelvan feos, quitándole la "mugre" con una cucharita muy pequeña (el excavador) la cual dejamos que la observe para que verifique su forma. Se le explica que se le va a dar una pastilla de sabor (la pastilla reveladora) la cual, en donde pinta, significará que tiene "mugre" y para que esta se quite, debe limpiárselos con el cepillo dental

Al prender la lámpara eléctrica le debemos explicar que nos sirve para poder ver sus dientes y limpiarlos mejor. Moveremos la lámpara prendida hacia varias direcciones para que el niño observe los lugares que ilumina y así lo tome como juego.

Luego después tomamos el espejo dental y al mismo tiempo le damos a él un espejo facial, con el objeto de que se observe y sepa que no le va a pasar nada.

Cuando sea necesario el uso de otro instrumental, con apariencia agresiva como el explorador, podemos tomarlo mientras él se entretiene con su espejo facial y al introducirselo en la boca, notará que no le hará daño.

Después de terminada la exploración y haber conseguido su confianza, se les explica tanto al niño, - como a la mamá la técnica de cepillado correcta y se le enseña a ella la manera cómo el niño la aprenderá - con mayor rapidez (la cual está explicada en el Capítulo II).

Entonces se le da una propina, siempre al niño, siempre que se porte bien al final de cada cita, como obsequio, el cual puede ser un juguete grande o pequeño, una moneda, una galletita pegada en su frente o un juguete de plástico pequeño. Esto hace que el niño recuerde con agrado la estancia en el -

consultorio y no ponga resistencia para su próxima cita. Al final se le da a la madre la orden de premedicación en caso de tener que realizar en la próxima cita un tratamiento en donde se necesite utilizar anestesia, lo cual significa que el tratamiento sea en cierta forma agresivo, hablando del punto de vista de dolor.

En la siguiente cita, el niño se mostrará con mayor confianza, reforzandola con pláticas constantes, mostrando bastante interés en lo que a su vez él nos platica, así como también recordandole del obsequio que obtendrá al final por ser un niño bueno.

Después de haber hecho la profilaxis con el instrumental adecuado, se necesitará entonces, el motor de baja velocidad, lo cual no debe ser ningún problema cuando al niño se le ha dado confianza dejandolo tocar el aparato a su vez que presionamos el pedal para que vea su funcionamiento. Es importante que el niño siga sosteniendo en su mano, el espejo facial, pues se le permite contribuir en su tratamiento, sintiendose más seguro al ver lo que el operador le está haciendo.

Es importante informarnos acerca de los programas de televisión actuales infantiles o bien los intérpretes de programas infantiles, para entonces, al momento de nuestra conversación, desalojar por completo la tensión emocional que pudiese tener.

Así pues se procede a colocarle el flúor, dandole explicaciones a la madre de no dejar al niño comer durante un rato. Inmediatamente después se le da el pre-

nio al niño y lo citamos para otro día.

En la tercera cita, se comenzará con el tratamiento curativo y ya sea caries o alteraciones parodontales se necesitará de anestesia, la cual en el consultorio dental deberá ser local pues, en caso de necesitar anestesia general, deberá el paciente remitirse a una clínica autorizada.

Primero que nada, debemos mostrarle a niño la pieza de mano, enseñándole el ruido que produce al oprimir el pedal, para que no lo agarre de sorpresa y quitarle su temor. Trataremos de enseñarle lo que vamos a hacer demostrandoselo en un tipodonto. Esto es, en caso de -- realizar tratamientos de operatoria. En caso de hacer un tratamiento de parodoncia, debemos mostrarle a él la manera en que vamos a eliminar el sarro o en el mejor caso, la excesiva acumulación de placa dentobacteriana con el instrumental adecuado.

Para ambos casos, necesitaremos la técnica de anestesia correcta la cual se inicia con anestesia tópica. -- Con esta aplicación, casi nunca existe problema con respecto al comportamiento del niño, aunque siempre hay -- que decirle lo que posiblemente sienta, es decir, le debemos informar que va a notar ligeramente dormida, la -- zona donde le aplicaremos la anestesia tópica, pero va a ser lo único que va a sentir. Al principio vamos a -- notar un ligero temor, pudiendoselo quitar, poniendonos nosotros mismos, un poquito en la mano, para que el niño vea que no le pasará nada.

Antes de poner la anestesia tóptica, debemos secar bien, con un algodón, la zona donde la aplicaremos, para que esta no se disuelva y su efecto, sea el correcto. Dejamos pasar dos minutos y preparamos la jeringa con el cartucho de anestesia.

La técnica a utilizar en mandíbula, será regional, bloqueando el nervio dentario inferior, en un sólo tiempo, es decir, colocando la jeringa a nivel de premolares del lado contrario por anestesiar, quedando entonces la aguja a 45 grados aproximadamente de la rama ascendente de la mandíbula e insertandola a nivel de la espina de spix.

El agujero dentario inferior, se encuentra generalmente a un centímetro arriba de la cara oclusal de los dientes posteriores.

En caso de que la anestesia no haga el suficiente efecto en el central o lateral del mismo lado, se punciona en el agujero mentoniano del lado contrario, colocado en la porción apical a la altura del primer y segundo premolar generalmente.

Ya sabiendo perfectamente la técnica a llevar a cabo, en mandíbula, al niño se le debe distraer mucho con pláticas, advirtiéndole que posiblemente sentirá un ligero pellizco dentro de su boca y que inmediatamente -- después notará la zona dormida.

Después de convencido al paciente con cariño y paciencia, le damos que abra su boca, observando bien -

la zona por anestésicar, luego entonces colocaremos nuestro dedo índice y pulgar de la mano izquierda dentro de la boca del paciente a nivel de las comisuras labiales dando así mayor visibilidad a la zona, quedando los otros tres dedos, extendidos bajo la nariz del paciente, pero no permitiendo al niño mirar la mano derecha, la cual tendrá la jeringa, aún cuando él trate de mirar.

Una vez introducida la aguja, se le seguirá distra- yendo con pláticas y manteniendolo con los ojos abier- tos para poder notar cualquier reacción anormal en sus pupilas. También se puede distraer al niño, rascandole suavemente la mejilla izquierda, con los dedos, mayor, anular y meñique, los cuales estan extendidos en la ma- no del mismo lado.

En caso de querer enestésicar en el maxilar, la --- cual su mecanismo de acción es por infiltración, la téc- nica a seguir será, una punción en el fondo del saco a nivel de cada diente, introduciendo la jeringa poco a poco hasta llegar a la altura del ápice. Durante el re- corrido de la penetración de la aguja se aplicará la a- nestesia muy lentamente al igual que durante la salida de la misma.

Sabemos que es diferente el tratar a un niño con - Síndrome de Down y que se necesita mucha paciencia, re- quiere un mayor tiempo, energía, preparación y trato si se le compara con un niño normal. Pero si el odontólogo quiere incluir a este niño en su asistencia profesio- nal, lo tratará como un niño normal.

ANEXO II

"...recuerda que soy un niño al que hay que atender y dirigir. ¡Sonríe y saludame, con eso me conformo!..."

EL NIÑO SINDROME DE DONN FRENTE A LOS PADRES Y ANTE LA SOCIEDAD

Todo mundo sabe que los niños así como los adultos y aún como todo ser vivo en la tierra, tiene un comportamiento hacia su alrededor cada uno muy diferente, hasta de un ser a otro de la misma especie.

Así pues el niño normal, según con quien esté desarrollándose tanto física como mentalmente con sus características hereditarias o adquiridas. Puede comportarse durante su niñez de múltiples y variables formas. Por ejemplo: juguetón, enojón, alegre, simpático, excesivamente travieso y tantos más adjetivos.

Entrando al tema que nos interesa, el niño afectado con Síndrome de Donn puede tener cualquiera de los comportamientos anteriores exceptuando claro el de inteligente, ya que de sobra sabemos que este tipo de niño se caracteriza principalmente como retardado mental.

La mayoría de estos niños (hablando de los del Instituto) están consentidos por los padres, pero no tanto en el sentido de amor, lo cual no estaría mal, sino en el peor de los sentidos negativos y perjudiciales para el niño, en el de permitirle que haga todo sin importar los límites, cuándo, cómo, es decir, el darle al niño to-

do objeto material dejándolo hacer travesuras a todo momento por el hecho de pensar que el niño es retrasado mental, y que así se le mantiene entretenido mientras llega la noche y se mete a la cama. Como también tratan de entretenerlos dándoles de comer múltiples alimentos basados en carbohidratos. Esta clase de niños tienden a ser con los padres muy berrinchudos y exigentes, pidiendo todo por el hecho de pedir y principalmente por el hecho de llamar la atención. Y es este punto el principal, la razón del comportamiento del niño hacia sus padres el cual tiene la necesidad de recibir cariño, comprensión y atención por parte de ellos, quienes la mayoría los rechazan consciente o inconscientemente. De cualquier manera y como en este caso el niño aprende a pedir cualquier cosa, o haciendo algo fuera de lo común -- sus padres lo atienden, dándole lo que él quiera con -- tal de que le presten atención.

Así entonces, el niño negativamente consentido, -- trata de sentirse querido por sus padres, por medios -- inadecuados de los cuales los padres son los principales responsables.

Ahora bien, existen otros casos en los que los padres no sólo no les hacen caso en cuanto a una leve educación sino que ni siquiera toman en cuenta al niño como ser humano, pues lo tienen en su casa encerrado para esconderlo de la sociedad y no lo refuerzan con ninguna clase de estímulo para que pueda desenvolverse un poco mejor y no ser tan rechazado de tal modo que tanto él como su familia y quien conviva con él, lo vean como ser humano con dificultad mental pero con especial pri-

ra aprender y penetrar en el ambiente social.

El tipo de niño rebelde, actúa hacia sus padres, - haciendo berrinches constantes, no quiere comer, tiran con fuerza al suelo cosas frágiles y hasta pueden tratar de lastimarse con tal de llamar la atención de cualquier persona, ya que se sienten totalmente rechazados por el mundo. Esto, es motivo de alteraciones emocionales dentro de la familia, riñas constantes y tensiones nerviosas en el hogar las cuales son absorbidas por el niño y lo perjudican cada vez más, de tal forma que todo esto se convierta en un círculo vicioso difícil de solucionar y puede provocar conflictos familiares serios implicando que el comportamiento sea incorregible.

Otro caso, en el cual el niño se comporta ideal, - pues sus padres aprendieron muy pronto a superar el problema y han hecho del niño toda una persona responsable de sus actos, capaz para resolver la mayoría de sus problemas y apto para aprender cualquier cosa de acuerdo a su deficiencia mental. Estos niños son muy obedientes - con sus padres y maestros, son platicadores, se la pasan sonriendo todo el tiempo, tratan de ayudar a sus compañeros y son muy independientes, lo cual haría casi nula la apariencia de ser niño con Síndrome de Down si no fuera porque su aspecto físico lo revela.

Todo niño con Síndrome de Down, aunque haya llevado una educación brillante, siente el rechazo de la sociedad, pero puede venirse abajo gran parte de lo que se ha logrado al sentirse un ser raro. Por lo tanto lo que hay que hacer es reforzarle sus buenas acciones y -

actos y en pocas palabras su educación, motivandolo a - cada momento y tratar de enseñarle constantemente cosas nuevas de tal forma que siga desarrollando su capacidad mental.



Existe otro factor, el cual impide la educación - especial del niño en su gran mayoría y es el económico. Muchos de los padres tienen la idea de que los Institutos de educación especial, son excesivamente caros y -- que por lo tanto no están en posibilidades de realizar este gasto. Esto impide que el niño se desarrolle en un ambiente adecuado puesto que él, necesita de una atención especial. Si bien que existen varias Instituciones que se encargan de evaluar el nivel económico en que se encuentra la familia, de tal forma que los gastos son a fines a esta necesidad.

Descubrimos que existen padres desinteresados y no - cooperadores, esto es, actúan en los niños a través de pa

dres que si cooperaban en su enseñanza ya que estos avanzaban rápidamente en su aprendizaje, éran más alegres y entusiastas ya que tenían el apoyo de sus padres. Estos niños no es que sean de un cociente intelectual más alto que los demás, sino que tienen el reforzamiento constante en su casa y esto es precisamente lo que hace falta en la mayoría de estos niños.

Los niños que tienen padres no cooperadores, tienen un aprendizaje más lento que los demás, pues en su casa, ya sea porque no tienen tiempo o porque trabajan todo el día o porque se olvidan de ellos, no reciben el reforzamiento necesario para que los niños aparte de sentir el cariño deseado, se acuerden lo antes posible de la técnica de cepillado y el lavado correcto del esmalte.

Es importante notar que a los padres les interesa mucho más, el buen comportamiento de su hijo que el cuidado de la salud dental, por lo que es difícil la cooperación de los mismos. Sin embargo es nuestra labor el convencerlos de que también sus hijos pueden sufrir molestias dentales, y no sólo eso, sino que pueden provocarse enfermedades más serias en caso de presentarse una infección dental. Así pues, debemos decirles que no sólo puede evitar que el niño llegue a este problema si no que ellos también se libren de una preocupación más si toman el debido cuidado con respecto a la salud oral de su hijo.

Es interesante hacer notar también, que los mismos padres en instituciones, limitan en cierta forma coope-

rar con los profesionistas. Se estamos interesados en el bienestar de sus hijos, pues no nos facilitan información acerca de ellos ya que aún explicándoles que actuamos éticamente, creen erróneamente que malusaremos información tan simple como la edad de los padres lo que serviría para hacer una relación entre esas edades y la de sus niños, lo que podría servir para un futuro.

Sin embargo respetándolos, llegará un momento en que se darán cuenta que se necesita ayudar a quien con gusto se interesa en el mejoramiento bucal de sus hijos.

Ahora bien, el niño con Síndrome de Down en Sociedad es muy diferente lógicamente que un niño normal.

Haremos comentario en sociedad de este individuo, cuando está conviviendo frente a otros con la misma enfermedad ya que estos niños rarísima vez conviven con niños normales, pues su estancia durante la mañana se encuentra en la escuela especial y durante la tarde generalmente aislados en su casa.

Recordemos que nos basamos únicamente en niños del Instituto, en donde nos dieron las facilidades para poder observarlos.

Comencemos a hablar de este individuo desde que tiene la edad de 2 a 5 años, es decir, en la etapa ---- preescolar. El niño se comporta indiferente frente a -- sus compañeros, se acuerda de los nombres de algunos de ellos pero rara vez tiene uno en especial con quien se lleve mejor. la mayoría de las veces se la pasa jugando sólo y puede entretenerse durante mucho tiempo con cualquier cosa que llame mucho su atención sin necesitar de alguien.

Algo especial que nos dimos cuenta, que rara vez -- sonríen a esta edad, teniendo su carita casi todo el -- tiempo triste .

El niño a la edad de 6 a 8 años es un poco más -- sociable ya que él mismo , empieza a tener amigos predilectos, aunque insiste en jugar sólo la vez en cuando pues, tiende a distraerse mucho con cualquier objeto y se olvida de sus compañeros. Todavía no logra aprenderse los nombres, sin embargo ya platica con ellos acerca de los juguetes, su tamaño, color, lo bonito o lo feo; lo cual nos muestra una señal de interés.

A esta edad, el niño es más imitativo y trata de -- hacer siempre lo mismo que sus compañeros, observando-- los, por ejemplo, a la hora de comer o bien en el momen-- to de estar en sus juegos.

A la edad de 8 a 11 años el niño es muy sonriente y juguetón, toma todo como una diversión y se da el lujo de rechazar las cosas que no quiere. Juega mucho -- con sus compañeros y ya tiene un amigo predilecto, al --

cual tiende a defenderlo si llegan a atacarlo, lo cuida y lo quiere mucho. Puede ser, ya sea del mismo sexo o del opuesto pero la mayor parte del tiempo está junto a él.



Su diálogo es un poco más extenso, platican de sus juguetes, del compañero de enfrente, de la tarea de escuela, de la maestra, también acerca de los programas de televisión y muchas veces quieren imitar a los personajes que los atraen más. Son muy cariñosos entre ellos dándose un beso de vez en cuando y abrazándose, demostrándose así su cariño.

A la edad de 11 en adelante, el niño se vuelve más independiente, definitivamente tiene "un mejor amigo" - aunque puede separarse de él de vez en cuando. Hacen bromas entre ellos y comentan con sus compañeros toda -

clase de detalles que los rodean, como de su casa, de sus hermanos, de su ropa nueva, de personajes que ven en algunas revistas, llegan a decir que tienen novio o novia según el caso, les gusta mucho la escuela y son muy amigables.



Aprenden canciones y para vez se cohiben ante alguna persona a la hora de cantar. Se contentan entre sí -- los lugares que han visitado y claro, también llegan a pelearse por algún objeto, pero las riñas no son agresivas, generalmente alguno de los dos cede rápidamente o se va a quejar con una persona mayor.

En general, su sociabilidad se produce con tal frecuencia como para ser considerada como característica de tal enfermedad.

Cuando hay momentos en que se encuentran juntos, - un niño de aproximadamente once años con otro más pequeño como de cinco o seis años de edad, tiende siempre el mayor a proteger al menor cuidando de él. En caso de -- que se encuentre en un lugar donde el pequeño se pueda lastimar (como cuando esten jugando pelota) lo lleva a un lugar más seguro.

En cuanto a su carácter podemos decir, que son un tanto volubles es decir, un día vienen contentos y al otro día estan totalmente deprimidos. Son muy extremistas en cuanto a lo que realizan, o hacen muy bien sus actividades o de plano no saben hacer nada, por supuesto que aquí cabe la educación que se les imponga, y el grado de reforzamiento.

CONCLUSION

Para finalizar esta tesis, nos resta por expresar la profunda satisfacción que nos dejó su realización, la cual fué una inolvidable experiencia, ya que durante nuestra estancia en la Facultad, nunca tuvimos oportunidad de tratar a estos niños y sentimos una gran inquietud al tener conocimiento de sus graves problemas orales que presentan, aunadas a sus tantas otras.

Decidimos llevar a cabo una fisioterapia bucodental consistente en un proceso de educación y convencimiento del paciente con también, por parte del personal responsable de ello por medio de la técnica de cepillado correcta y el uso necesario de auxiliares para restablecer y mantener un buen estado de salud bucal.

Esperamos este trabajo sirva como libro de consulta en el manejo de niños con Síndrome de Down, para las futuras generaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. - BEHAVIOR DISORDERS IN CHILDREN; Bakwin and Bakwin; Editorial Saunders Company; 1a. edición; Estados Unidos, 1970; pp 326-327.
2. - TEXTBOOK OF CHILDREN NEUROLOGY; John H. Menkes; Editorial Leo & Febiger; 1a. edición; Estados Unidos, 1973; pp 115-118.
3. - ODONTOLOGIA PREVENTIVA; John O. Forrest; Editorial el Manual Moderno S.A.; 1a. edición; México D.F. -- 1979; pp 5-8,10-11,18-21,25-29,71-84.
4. - ODONTOLOGIA PEDIATRICA; Sidney S. Finn; Editorial - Interamericana; 4a. edición; México D.F. 1981; pp - 552-553, 469-473.
5. - GENETICA; A.M. Winchester; Editorial Continental -- S.A. 3a. edición; México D.F. 1981; pp. 315-320.
6. - GENETIC & MALFORMATION SYNDROMES; William L. Nyhan, Haida O. Sakati Editorial Year Book Medical Publishers; 1a. edición. Estados Unidos, 1971; pp. ---- 117-123.
7. - DISEASE IN INFANCY AND CHILD HOOD; Rest G. Mitchell; Editorial Churchill Livingstone; 7a. edición; Londres, 1973; pp. 114-115.
8. - ANOMALIES FOR INFANTS AND CHILDREN; Robert M. ---- Hutch. M. D; Editorial the J.C. Mosby Company; 1a.

edición; Estados Unidos 1968; pp. 400.

- 9.- SYNDROMES OF THE HEAD AND NECK; Robert Gorlin and -
Jens T. Pindborg; Editorial Mac Graw-Hill Book Com-
pany; 1a. edición; Estados Unidos, 1974; pp. - - -
65-66, 76-78.
- 10.- RETRASO MENTAL EN EL NIÑO; J.H. Carter; Editorial -
Pediátrica; 1a. edición; México 1971; pp. 1-2, - -
213-218.
- 11.- ELEMENTOS DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA; Mereness; E--
ditorial La Prensa Médica Mexicana; 1a. edición; Mé-
xico 1969; pp. 375-377.
- 12.- LA AUXILIAR DE ENFERMERIA; Rapter, Koch, Korau, - -
Gerosuin, Cady, Jensen; Editorial La Prensa Médica
Mexicana; 1a. edición; México 1971; pp. 469-470.
- 13.- ENSEÑANZA DE NUTRICION EN ENFERMERIA; Rynbergen - -
Greene; Editorial Interamericana; 5a. edición; Méxi-
co 1968; pp. 77.
- 14.- ENFERMERIA PSIQUIATRICA; Ruth Matheny; Editorial -
Interamericana; 5a. edición; México 1971; pp. - -
302-308.
- 15.- SINDROMES MENTALES INFANTILES DE EL NIÑO; -
Dorothy Day; Editorial pediátrica; 1a. edición; Méxi-
co 1971; pp. 1-2, 213-218.
- 16.- LA ENFERMERIA PSIQUIATRICA EN EL NIÑO; Editorial - -

Jean Benos; Editorial Médica Panamericana; 12ava. -
edición; México, 1975; pp. 55-57.

17.- *MANUAL DE PSICOLOGIA MEDICA*; César Pérez de Francisco
co; Editorial Francisco Méndez Oteo; 1a. edición; -
México 1973; pp. 25-29, 38-40.

18.- *SINDROMES PEDIATRICOS*; Max Salas y Colaboradores; -
Editorial La Prensa Médica Mexicana; 1a. edición; -
México 1973; pp. 62.