



Escuela Nacional de Estudios
Profesionales

IZTACALA U. N. A. M.

CARRERA
CIRUJANO DENTISTA

**La Lesión Cerebral en Niños y
Tratamiento en el Consultorio
Dental**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

CARLOS EDUARDO MEDINA MONTALVO



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.

INDICE

- I.- INTRODUCCION
- II.- LESION CEREBRAL
 - a).- EPILEPSIA
 - b).- TRASTORNOS DE CONDUCTA
 - c).- PARALISIS CEREBRAL
 - d).- RETRASO MENTAL
 - e).- TRASTORNOS DE LENGUAJE
 - f).- ALGUNOS TRASTORNOS GENETICOS
- III.- CONDUCTA A SEGUIR Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
 - a).- PSICOTERAPIA O ENTREVISTA CON LOS FAMILIARES
O PERSONAL QUE LO ASISTE
 - b).- CONTROL MEDICO PSIQUIATRICO
 - c).- TRATAMIENTO MEDICO ODONTOLÓGICO
 - d).- CUIDADOS Y SUGERENCIAS
- IV.- CONCLUSIONES
- V.- BIBLIOGRAFIA

PROLOGO

Dentro del desarrollo de la Odontología , hay un campo de suma importancia, que tal parece hasta desconocido, me refiero a la Lesión Cerebral.

Como el comienzo de la Vida y un desarrollo mental insuficiente a lo largo de todo el periodo de crecimiento, es manifestado -- por una maduración lenta e incompleta, disminución de aptitud para aprender y mala adaptación social. En números reducidos de casos de lesión cerebral, es primordialmente un problema médico, social, educacional y económico, que es causa importante de incapacidad para toda la vida.

Es posible que la lesión cerebral sea un trastorno infantil, dando lugar a un mayor impedimento. Entre los niños de edad prescolar el 5% son retrasados mentales. Esta enfermedad presenta una serie de dificultades en su crecimiento y desarrollo, sobre todo en su sistema masticatorio, ya que un trastorno de este tipo acarrea una desintegración en su alimentación y tiende a retrasar más su deficiencia mental.

Es por eso que el estado de la cavidad oral es importante sobre todo por mantener tanto la salud física como la psicológica , --

así como la sensación de bienestar. La principal consideración que debe tenerse en cuenta es lo que refiere a la salud oral de los niños, estriba en conseguir una dentición permanente lo más intacta y equilibrada posible, que pueda ser autoconservable, ya que estos niños con Lesión Cerebral podrían no tener el cuidado necesario en sus dientes.

El sector más amplio de los retrasados mentales, es debido probablemente a la privación ambiental o sociocultural, siendo esta una consecuencia de la pobreza.

La mayoría de los niños ligeramente retrasados, proceden de las clases menos favorecidas, caracterizados por ingresos bajos, educación escasa y ocupaciones no calificadas. Ya que estos niños, por lo general están mal alimentados, sufren más enfermedades agudas y crónicas, recibiendo menos cuidados médicos y dentales.

Es por eso, que quiero hacer mención en este tipo de pacientes, puedan no tener problemas específicos pero se disminuye la salud mental ó física podría complicar el tratamiento odontológico.

Sin embargo con un poquito de comprensión, paciencia y un auténtico deseo de ayudarles, el manejo de estos pacientes podría mejorar en la consulta dental privada, aún cuando estos pacientes requieren de algunas consideraciones médicas específicas.

No se puede esperar que se exponga en esta tesis toda la psiquiatría aplicada a los niños con lesión cerebral, pero se tratan los temas más frecuentes importantes y comunes sobre todo en la medida que su frecuencia y presentación en estos difiere de las manifestaciones semejantes al adulto.

II

LESION CEREBRAL

INTRODUCCION AL PROBLEMA DEL NIÑO CON LESION CEREBRAL

En los Estados Unidos, las primeras investigaciones sobre las características educativas y psicológicas, así como las necesidades de los niños con lesión cerebral, fueron realizadas en Michigan por los Dra. Werner y Strauss en 1940. Juntos hicieron la investigación precursora durante más de una década, a fin de entender mejor como comprende, sienten y entienden éstos niños su mundo.

En el corto periodo transcurrido desde los estudios de Werner y Strauss, la calidad y el número de los Servicios profesionales -- han aumentado relativamente poco. Aunque existen algunas personas altamente calificadas, en todas las profesiones interesadas en el problema del niño con lesión cerebral, son muy pocas para atender las necesidades nacionales y están demasiado dispersas para atender y dar servicio con calidad. Durante muchos años, tendían que recorrer grandes distancias para llevar a sus hijos hasta el personal calificado de diagnóstico, y tendían que buscar incluso más lejos los servicios médicos y técnicos educativos necesarios. Esta situación es francamente desalentadora, pero está mejorando. Desde 1960, se ha dado educación a los p. tres-

para proporcionar los servicios necesarios, así como el personal profesional y de investigación capacitado, de tal manera que hoy día, existe como nunca antes una potencia para la ayuda de los niños con daño cerebral. Los heroicos esfuerzos hechos por los profesionales en este campo, sin embargo aún no cubren todas las necesidades y hay mucho por hacer todavía.

El niño con lesión cerebral es decir el pequeño cuyo cerebro ha sido dañado por lesiones antes del nacimiento, durante el mismo poco después de él ó como resultado de una enfermedad durante el primer periodo de la niñez, es considerado en general como deficiente mental o un niño con problemas de conducta. Si la lesión cerebral ocurre en una zona definida, el niño muestra trastornos motores y sensoriales acompañados de defectos mentales más ó menos generales.

De todos los tipos de niños, excepcionalmente el niño con daño cerebral es uno de los más complejos. La buena enseñanza o la buena programación de la ayuda para los niños con daño cerebral, así como la atención médica, la planeación de un hogar adecuado requieren de los servicios y capacidades de personas dedicadas a diversas profesiones tales como: Médicos, Educadores, Psicólogos y Trabajadores Sociales. En todas estas profesiones, faltan personas capacitadas e interesadas en un niño con daño cerebral, que tengan tanta experiencia práctica necesaria para trabajar con él. El interés en el niño con lesión cerebral se surgió en fecha relativamente reciente.

e) EPILEPSIA

Los términos epilepsia, que vienen de la palabra griega - ataque, que significa trastorno convulsivo recidivante, pueden usarse indistintamente. Estos términos designan un variable complejo sintomático caracterizado por accesos recidivantes o paroxisiales de inconciencia ó alteraciones de la conducta y conciencia con ausencia o no de espasmos musculares tónicos ó clónicos de otros comportamientos anormales. Si la causa de los ataques de un enfermo no pueden hallarse, se puede decir entonces que tiene una epilepsia ideopática ó criptogénica, si se puede demostrar una anomalía cerebral, se habla entonces de epilepsia orgánica ó sintomática.

EPILEPSIA IDEOPATICA

Aunque en la mayoría de los casos, no se puede establecer la etiología de la crisis convulsiva residivante, parecería probable que en muchos de los niños afectados sería responsable algún defecto genético específico del metabolismo cerebral.

Las trazadas electroencefalográficas sobre el sueño, exhiben claras anomalías generalizadas en un 90% de los niños afectados -- con ataque ideopático. Con frecuencia existen anomalías electroencefalograficas focales, en exploraciones repetidas el foco emigra a menudo de un area a otra. Estas anomalías raramente son debidas a defectos

anatómicos.

Lennox ha destacado que las anomalías electroencefalográficas (disritmias cerebrales), se encuentran más probablemente en parientes y hermanos del niño afectado que en la población en general. No obstante, el factor hereditario no suele ser clínicamente demostrable.

EPILEPSIA ORGANICA

Una amplia variedad de condiciones genéticas determinadas van asociadas con ataques. Estos trastornos se acompañan de anomalías demostrables anatómicamente (ectodermosis congénita) ó bioquímicamente (fenilcetonuria). Además las convulsiones pueden ocurrir tras lesiones cerebrales adquiridas en el periodo prenatal ó postnatal. La exploración neurológica de tales niños, muestra frecuentemente una misma lesión motora de origen nervioso central (parálisis cerebral), y retraso mental, estos enfermos tienen casi siempre anomalías electroencefalográficas.

El reconocimiento de las condiciones genéticamente determinadas es importante por varias razones:

1).- La lesión cerebral en hermanos más pequeños de enfermos afectados pueden ser prevenidas en ciertos casos mediante una terapéutica rápida y eficaz (hipoglucemia inducida) por la: Leucina, Fenilcetonuria Quermicten.

2).- Es posible reconocer más fácilmente la existencia de signos y síntomas menos característicos en hermanos (esclerosis tuberosa degeneración cerebro muscular, neuro fibromatosis).

3).- Tiene importancia pronóstica la identificación de una etiología orgánica de los ataques; en general, el registro de los ataques es menos eficaz y la adaptación social del niño menos adecuada -- que en niños con la forma ideopática.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y ATAQUES DE GRAN MAL

Estos ataques pueden ir precedidos de una aurea momentánea, pero menos de un tercio de los niños epilépticos, pueden dar una descripción definida de semejante experiencia. En algunos casos, un espasmo o sacudida muscular preliminar localizada, puede preceder a un ataque generalizado.

Esto se califica a menudo "Auro Motora" ó "Aviso". Síntomas o signos prodromicos vagos con irritabilidad, trastornos digestivos cefaleas y embotellamientos mental, pueden anunciar a los pacientes y a sus padres la inminencia de los ataques motores. El periodo intermedio puede ser corto, pero puede ser de horas o incluso de uno o dos días.

Los ataques de gran mal, consisten en convulsiones generalizadas, especialmente con fases tonicoclónicas de espasmos musculares, al final de esta fase, que dura por lo general de 20 a 40 seg. se inicia la fase clónica, cuya duración es muy variable.

La denominada sintomatología secundaria que pertenece sobre todo a los rasgos de la personalidad, tales como egocentricidad, friabilidad y negativismo crónico, que algunos consideran característicos de la epilepsia.

3).- Tiene importancia pronóstica la identificación de una etiología orgánica de los ataques; en general, el registro de los ataques es menos eficaz y la adaptación social del niño menos adecuada -- que en niños con la forma ideopática.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y ATAQUES DE GRAN MAL

Estos ataques pueden ir precedidos de una aurea momentánea, pero menos de un tercio de los niños epilépticos, pueden dar una descripción definida de semejante experiencia. En algunos casos, un es pasmo o sacudida muscular preliminar localizada, puede preceder a un a taque generalizado.

Esto se califica a menudo "Auro Motora" ó "Aviso". Síntomas o signos prodromicos vagos con irritabilidad, trastornos digestivos cefaleas y embotellamientos mental, pueden anunciar a los pacientes y a sus padres la irminencia de los ataques motores. El periodo intermedio puede ser corto, pero puede ser de horas o incluso de uno o dos días.

Los ataques de gran mal, consisten en convulsiones generalizadas, especialmente con fases tonicoclónicas de espasmos musculares, al final de esta fase, que dura por lo general de 20 a 40 seg. se -- inicia la fase clónica, cuya duración es muy variable.

La denominada sintomatología secundaria que pertenece sobre todo a los rasgos de la personalidad, tales como egocentricidad, - frribilidad y negativismo crónico, que algunos consideran característicos de la epilepsia.

ATAQUES DE PEQUEÑO GRAN MAL

Consiste en una pequeña pérdida transitoria de la conciencia. Pueden existir manifestaciones leves, como fijesa de la mirada 6-dirección de la misma hacia arriba, movimientos de los parpados, inclinación de la cabeza o movimientos salutatorios ritmicos de la misma, - ligero temblor de los mismos, ligero temblor de los musculos del tronco y de las extremidades.

Los ataques de este tipo duran menos de 30seg. y los padres o personas relacionadas con el niño, los describen las más de las veces como crisis del vértigo, ausencias, lapsos o desmayos.

TRATAMIENTO

Practicamente todo lo que se puede hacer en favor de un paciente durante un ataque, es protegerlo de traumatismos corporales. Esto requiere de una vigilancia constante en los casos graves. Al comienzo de un ataque benigno o de gran mal, deben aflojarse las ropas que rodean al cuello. Después hay que colocar al enfermo en decúbito lateral a fin de que no aspire sus secreciones acumuladas, se observará cuidadosamente en cambios de color, la administración de oxígeno es esté indicada durante las convulsiones prolongadas. Es más probable que durante una convulsión las lesiones de culaquier orden en la lengua y en otros tejidos de la cavidad bucal, se produzcan al momento de iniciarse la crisis, puesto que no es muy probable que se produzcan otras heridas, teniendo en cuenta que con frecuencia se ocasionan otras le--

siones por consecuencia de los esfuerzos bruscos. Debe aconsejarse a la familia, que no coloquen un palo u otros objetos entre los dientes del paciente.

ESTATUS EPILEPTICUS

Si antes de que el enfermo se haya recuperado totalmente se producen una serie de convulsiones de gran mal, el ataque prolongado se califica entonces de Estatus Epilepticus, durante el estatus epilepticus, las contracciones musculares pueden ser unilaterales o bien desplazarse de un grupo muscular a otro.

La causa más corriente del estatus epilepticus, es la supresión de la medicina anticonvulsiva que se venía administrando de modo continuo y diario, con frecuencia se ha presentado en un plazo inferior a las 2 semanas.

El tratamiento farmacológico del estatus epilepticus, consiste en la rápida administración de fenobarbital sódico por vía intramuscular, si la convulsión no cede en el transcurso de 20 min., la dosis inicial debe ser repetida conjuntamente con oxígeno y pequeñas cantidades de glucosa al 5% en solución salina al 0.45% por vía intravenosa. Un factor muy importante es el tranquilizar al enfermo, un ambiente de quietud y evitar nuevas molestias.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Desde la introducción de los bromuros para el tratamiento

de la epilepsia por Leacock en 1858, el tratamiento farmacológico ha sido mejor, y generalmente la única forma de tratamiento.

FENOBARBITAL

Es el fármaco de elección para uso prolongado, en el caso corriente con ataques de gran mal. Sus principales virtudes radican en su relativa eficacia e inocuidad a dosis terapéuticas por un largo período de tiempo, su facilidad de administración y bajo costo.

Puede prescribirse una dosis única en 3mg/kg. al día, fraccionada en dos o cuatro tomas, con incremento graduable hasta alcanzar la dosis de sostenimiento necesario. Más de 6gr. sobre kilo de peso al día puede originar somnolencia.

En algunos casos los enfermos pueden mostrar idiosincrasia al fenobarbital. Una erupción maculopapulosa en mucosa ó piel, la somnolencia excesiva y la fiebre puede indicar sensibilidad o hiperdosificación, tales signos desaparecen pronto, sin acción residual permanente, cuando se reduce la dosis o se retira la dosificación.

MEBORAL

El meboral (mefobarbital), es un valioso barbitúrico que ha resultado muy valioso en algunos casos. La dosis es aproximadamente el doble que la recomendada para el fenobarbital.

DILANTIN

Los únicos fármacos que rivalizan con los barbitúricos en

el tratamiento de los ataques de gran mal, conocidos tambien por fenitrina sódica (dilantin).

Se administra en los niños mayores en capsulas y a los niños pequeños en forma de tabletas desleídas en un poco de alimento.

Las dosis oscilan entre 15mg. de dos a tres veces al día en los niños pequeños y 10cg. de una a dos veces al día en niños mayores.

La ventaja principal de los compuestos de hidantrina sobre los barbitúricos, es que actúan como anticonvulsivos eficaces sin producir somnolencia excesiva.

La administración de dilantin va generalmente seguida de una hipertrofia no dolorosa, ni hemorrágica de las encías. Por lo general, no se requieren más tratamientos especiales que una buena higiene bucal.

MISOLINE

La misoline o primidona se usa en los ataques de gran mal y psicomotores. Puede usarse solo o en combinación con otro fármaco y no reduce la actividad hemapoyética. Los principales efectos secundarios son somnolencia, ataxia y dermatitis, los cuales pueden reducirse al mínimo empezando en pequeñas cantidades (125mg) al acostarse y aumentando la dosis lentamente a intervalos de 7 a 10 días hasta una dosis máxima de 250mg. tres veces al día.

VALIUM (Diazepam)

La administración de diazepam por vía oral (de 1 a 10mg.- 3 veces el día según tolerancia), para el tratamiento de los trastornos convulsivos se haya en estudio. Las indicaciones preliminares son que algunos niños, particularmente los afectados por pequeño mal, que han mostrado refracción al zaratín y otros agentes responden favorablemente. En muchos casos aparece tolerancia después de 3 a 14 días de tratamiento, si se incrementa la dosificación, puede aparecer efectos secundarios indeseables, tales como: somnolencia, ataxia, y habla furfufullada.

PRONOSTICO

El pronostico depende del retraso mental de las deficiencias físicas, de una posible lesión orgánica y de la impropiedad de los tratamientos en un aspecto medio ambiente.

Con un tratamiento adecuado puede esperarse que una gran mayoría de epilepticos con mentalidad normal sigan conservandola.

b) TRASTORNOS DE CONDUCTA

Los mismos factores que permiten la flexibilidad y la gran capacidad de adaptación del hombre, explican igualmente su sensibilidad a las enfermedades emocionales y mentales.

El desarrollo psíquico se produce a partir del nacimiento y depende de la interacción del niño con su medio ambiente. Así pues existen posibilidades tanto para las experiencias favorables como para las desfavorables.

Si estas experiencias se desarrollan con dificultad, es de esperar que el niño se sienta infeliz y que probablemente se presente un mayor número de síntomas neuróticos y trastornos de conducta.

Emilio Ribes Inesto nos dice; Determinan la conducta cuatro factores básicos, que son:

1.- Determinantes biológicos del pasado

En este tipo de determinantes figuran factores hereditarios: (Pigmentación, estatura, cromosomas, etc.). factores mentales: - (drogas que se hayan ingerido, temperatura del medio ambiente materno) y factores perinatales: (condiciones de parto). La importancia de estos factores, estriba en que se pueden producir cambios en el organismo, la más de las veces irreversibles, principalmente en el Sistema Nervioso Central, en los órganos motores ó en los sensoriales. La lesión o daño permanente de dicho órgano afecta naturalmente, la posibi-

lidad ulterior de desarrollar conductas que dependen en algún grado su funcionamiento normal.

2.- Determinantes Biológicos Actuales

Estos abarcan una gama muy variada de factores, que van desde los estados de nutrición, la falta de sueño y las enfermedades transitorias, hasta la ingestión de drogas. Estos factores afectan de manera diversa la acción de los estímulos discriminativos y reforzadores comunes.

3.- La Historia Previa de Interacción con el Medio

Se entiende al conjunto de interacciones mantenidas en el pasado, entre el organismo y el medio. El análisis de la historia previa se efectúa en términos de la conducta que han sido mantenidos sistemáticamente por el medio, así como el tipo de estimulantes de acciones en que se ha visto el sujeto.

4.- Las Condiciones Ambientales Momentáneas ó Acontecimiento Discriminativos y Disposicionales

Abarca multitud de estímulos descriptivos y de estímulos reforzadores que guardan relación entre ellos con diversas conductas.

Naturalmente las circunstancias adversas del hogar, no son las únicas causas de fracaso en la adaptación infantil. Ni siquiera podemos asegurar que la causa de algún síntoma ó síndrome particular sea la citada anteriormente, sin embargo, dicha circunstancia son comunes y se admite que cuando se dan, tienen importancia y dificultad para la adaptación del niño.

SINTOMAS AISLADOS

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño, son un hecho de comprobación corriente: Son muchos los niños difíciles que padecen manifestaciones -- anoréxicas o trastornos de carácter, al mismo tiempo que desarrollan -- trastornos del sueño.

Estos trastornos son causa frecuente de problemas entre -- la madre y el niño, y como en la anorexia, puede ser el punto de partida a conflictos duraderos.

SUEÑO NORMAL EN EL NIÑO

Para comprender la génesis de los trastornos del sueño -- conviene recordar como se establece el sueño normal en el niño pequeño.

La instalación del sueño normal en el lactante depende solamente de la madurez de su sistema nervioso y también del condicionamiento ligado a los hábitos familiares, como de las relaciones afectivas entre madre-hijo.

Los niños más activos, muestran tipos a veces poco usuales de conducta motriz en el dormir. En la mayoría de los casos, eso -- tiene poca importancia, pero algunas veces indica dificultades emocionales. Son ejemplos el movimiento brusco en la cama, las sacudidas, hablar en sueños, gritar ó quejarse sin despertarse y rechinar los dientes (bruxismo).

Al mismo grupo de anomalías, pertenecen ciertos movimientos rítmicos que pueden verse en niños normales y en otros con trastornos emocionales ó con deficiencia mental y puede ser: movimientos de --

cabecera de lado a lado llamado jactateo capilitis nocturna, y en casos raros pueden observarse fenómenos motores de esta clase, cuando el dormir es muy profundo. Por regla general éstos síntomas desaparecen cuando el niño crece. Si otros datos indican un trastorno emocional y no puede encontrarse una causa física, hay que buscar una tensión ambiental: Desarmonía entre los padres, excesivo esfuerzo para competir con un hermano o con los compañeros de la escuela, la solicitud ansiosa de los padres para que el niño se distinga.

SONAMBULISMO

El sonambulismo se produce principalmente durante la edad preescolar y la adolescencia.

El niño, aunque no del todo conciente, es capaz de levantarse de la cama y pasear por la casa. En ocasiones, puede salir de casa. Los ojos los mantiene abiertos, pero no responde a las preguntas o lo hace brevemente y en voz carente de la modulación e inflexión normales. Generalmente retorna a la cama por sus propios medios y reanuda el sueño. De modo característico, en el sonambulismo existe amnesia. Si se le despierta durante esta etapa, a veces se asusta, pero en general se queda asombrado y sin llegar a entender su comportamiento.

En algunos casos, las actividades del sonámbulo nos pueden dar alguna indicación del problema subyacente. Por ejemplo, el niño puede dirigirse hacia la alcoba de los padres, revelando de este modo un deseo de estar con ellos ó quizás manifestando una curiosidad reprimida por conocer sus actividades en la cama.

TERRORES NOCTURNOS Y PESADILLAS

1.- Los terrores nocturnos presentan un cuadro bastante especial, en plena noche el niño de cuatro a cinco años se incorpora en su cama sin despertarse completamente gritando de miedo, es presa de un sueño terrífico y la presencia de los padres a quien no conoce integra en sus alucinaciones. Puede en esos momentos vomitar u orinar, finalmente se vuelve a dormir sin haber recobrado por completo su lucidez. Al día siguiente no recuerda en absoluto el episodio. Los terrores nocturnos expresan según parece, una preocupación psicoafectiva del momento, incidente traumatizante, impresión de abandono, celos fraternos, sentimiento de frustración, en una palabra el niño revive de noche sus preocupaciones del día.

2.- Las pesadillas traducen un sueño encioso con sensación de miedo y opresión que finaliza por un despertar sobresaltado con una extrema ansiedad. Generalmente el niño puede contar su pesadilla al día siguiente, puede ser episódica, provocada por periodos más angustiantes de la vida del niño, reanudación de la escuela, periodos de exámenes y conflictos familiares pasajeros.

Las pesadillas se encuentran frecuentemente en los niños que viven intensas dificultades. Aparecen en periodos particularmente difíciles con episodios de mentiras., robos o fugas. Son la traducción de un estado de ansiedad que no siempre se exterioriza durante la jornada.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

El sistema digestivo es uno de los primeros en responder a cualquier perturbación y no a un trastorno de metabolismo digestivo del niño, habitualmente el niño goza de buen estado de salud presentando un trofismo muscular y adiposo completamente satisfactorio.

Si hay adelgazamiento, este es muy ligero y rápidamente recupera su peso anterior. Se trata solamente de un comportamiento en presencia de los alimentos, ya sea un rechazo casi total, al menos para ciertas comidas ó un rechazo para los alimentos sólidos: Carne, legumbres en trozo, etc. Pero el niño ingiere los alimentos líquidos o pastosos. A veces puede vomitar, lo que para algunos representa un modo de defensa cotidiano cuando se ha visto obligado a comer por la fuerza.

Otras veces es simplemente la oposición a la introducción a su régimen de alimentos nuevos o de consistencia diferente. Por lo que la madre, demasiado inquieta por los primeros rechazos alimentarios, comienza por obligar al niño a comer.

Se establece una lucha y a la larga un verdadero condicionamiento entre la madre, decidida a hacer ingerir a su hijo la ración alimentaria que ella estima indispensable, y este último siente de la comida como un momento que suscita su defensa agresiva.

El niño de cuatro ó cinco años adecuado en estas condiciones, no solamente es difícil en el momento de las comidas, sino que a menudo presenta también trastornos del sueño, terrores nocturnos y ansiedad, y no soporta que su madre se separe de su lado. Se trata, sin embargo de anomalías reversibles; un punto educativo diferente, seguro y dinámico puede bastar para promover una maduración más rápida, puede

obtenerse ciertos progresos, pero para ello es necesario que los padres acepten modificar su conducta ó que otras personas (educadores, pedagogos, etc.) aporten su colaboración. Es entonces cuando el papel del médico de cabecera consejero, sea escuchado y obedecido ya que es de gran importancia.

NAUSEAS Y VOMITOS

Cualquier excitación mental y cualquier perturbación de la salud física, provocan facilmente en el niño náuseas y vómitos. Puede ser un signo precoz de una seria enfermedad física, tal como la meningitis ó el tumor cerebral. El vómito puede ser también un modo fisiológico de protegerse contra el exceso de comida.

Una vez que el vómito se ha fijado en el niño, como un mecanismo de defensa que se pone en marcha facilmente, puede aparecer en cualquier ocasión de desagrado, de frustración ó de excitación excesiva. El vómito cíclico que presentan algunos niños son episodios periódicos de vómito sin una causa explicada. Estos episodios pueden ser benignos y aceptados como un hecho natural tras un ejercicio violento ó estrés emocional. La magnitud de estos episodios suele conducir a la sospecha de una enfermedad orgánica del Sistema Nervioso Central ó del aparato Digestivo, pero los exámenes físicos, neurológicos y radiológicos son normales. En ocasiones las variaciones encefalográficas, pueden hacer sospechar un equivalente epiléptico, pero no suele aconsejarse un tratamiento anticonvulsivo.

TRATAMIENTO DEL VOMITO

En todos los casos del vómito, deben considerarse como un síntoma y se dirigirá primordialmente la atención a la determinación y tratamiento de su causa. Puede resultar útil la suspensión de toda la alimentación oral durante cuatro ó seis horas, seguida de la administración de frecuentes sorbos de líquidos que contengan hidratos de carbono en solución durante el resto del día.

Los episodios de vómito cíclico, pueden inhibirse mediante hospitalización, o con la administración de líquidos por vía intravenosa ó ambas cosas. Además se indagará en la vida del niño o de los padres, la causa de frustración no reconocida o no admitida.

RUMIACION

La rumiación y la pica, son considerados con una justificación mayor, como prueba de anormalidades mentales. La rumiación, sea el retorno de la comida, del estómago a la boca sin náuseas, puede constituir un hábito en apariencia agradable, pero conduce a una pérdida de peso y a graves consecuencias. La pica o el "apetito pervertido" en los niños que cuentan de un año se encuentran principalmente en aquellos niños mal cuidados y retardados, a quienes se alimentan de un modo inadecuado.

TRASTORNOS DE FUNCIONES ESCRETORIALES

Encopresis, este término, cuyo significado se refiere al paso involuntario de heces, no relacionado a un defecto orgánico ó a una enfermedad, se emplea frecuentemente para hacer alusión al ensuciamiento fecal, que se asocia con una retención voluntaria de las deposiciones. El patrón puede ser continuo de la infancia, en cuyo periodo puede ser normal, o aparecer tras el establecimiento de un control normal de las deposiciones. La distensión abdominal y la dilatación de la ampolla rectal son variables. Los niños con encopresis, pueden ser también hiperactivos y presentar también una dislexia u otras incapacidades para aprender que sugieren un cierto grado de incoordinación neurológica. En muchos casos están alteradas las relaciones con sus padres y compañeros, este trastorno es relativamente raro en niños.

Puesto que la historia natural de la encopresis, es que con frecuencia lo mismo que la enuresis, pueden iniciarse como un hábito organizado si no se resuelve, es necesario un cuidadoso examen neurológico, la practica de una tonometría anal y una valorización psicológica y psiquiátrica. Para estos niños suele ser conveniente un periodo de separación de su ambiente. En estos casos puede ser ventajoso la colaboración entre pediatra y psiquiatra.

ESTREÑIMIENTO

Es mejor no definirlo como movimientos infrecuentes del intestino por falta de una evacuación diaria, si no combinarlo a los casos con problema clínico, ésto es cuando la evacuación de las heces duras se tornan difíciles.

Deben buscarse siempre las alteraciones locales y recordarse la posible existencia de una fisura anal. El pasaje largo y dificultoso de las heces, pueden determinar que el niño tema ir al baño, - sus esfuerzos para aguantar el movimiento intestinal que aumentará el estreñimiento.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO SEXUAL

MASTURBACION

Puede practicarse por manipulación de los genitales, por movimientos de los muslos o contracción de la musculatura perineal por movimientos de cópula, colocándose a veces un objeto (por ejem. una almohada entre las piernas), o cabe obtener una sensación equivalente de vida a llevar la ropa señida ó practicar actividades tales como: montar a caballo, montar a horcajadas en las barandas o trepar en los árboles. En el niño pequeño que aún desconoce el tabú cultural contra la masturbación, los padres pueden observar la actividad o los signos --- acompañantes de intensa concentración y excitación.

Dentro de ciertos límites de la masturbación hay normalidad. En los niños pequeños presenta una autosatisfacción análoga a la succión del pulgar.

La masturbación se produce más frecuentemente a la hora - de acostarse, en que la ansiedad aumenta por la separación por el miedo de perder el dominio sobre los impulsos sexuales y agresivos. Por - la misma razón es que el niño se masturba cuando esté a solas.

Es una medida acertada por los padres censurar la masturbación, manifiesta a sentirse preocupados por la masturbación excesiva pero prohibirla absolutamente, avergonzar al niño, amenazarlo con castigarlo ó hacerle creer que se le mutilarán los genitales, no solo es ineficaz, sino que tiende también a crear un sentido de culpabilidad y un nuevo estado de ansiedad que incluso puede incrementar la actividad. El tratamiento más eficaz consiste en resolver cualquier circunstancia ambiental que obstaculiza la satisfacción de la necesidad del niño, o sea productora de tensión y ansiedad. Es muy importante que se le asegure al niño, una y otra vez que la masturbación, no produce lesión física ni mental. El adolescente debe recibir una explicación de lo que significa la eyacuación, el orgasmo y la menstruación de tal manera -- que pueda comprender que se trata de funciones orgánicas normales.

ACTIVIDADES HOMOSEXUALES

Al tratar aquí de la homosexualidad solamente en lo que concierne al niño, la cuestión que se plantea, es si desde la niñez se puede prever una evolución homosexual, a fin de poder actuar preventivamente. A este propósito no es posible dar una respuesta afirmativa. = Ciertamente que la génesis de la homosexualidad se remota mucho antes del comienzo de la adolescencia, y por el contrario, niños cuyo comportamiento uanamnesis, podría hacer temer una evolución homosexual no sigue este camino. Observaciones seguidas largo tiempo prueban que es necesario ser muy prudente, antes de efectuar un pronóstico de este orden, en niños demasiado tímidos que sienten inclinación por los juegos

de las niñas y que se comportan como pequeños estetas , o en las niñas que prefieren los juegos de varones. Lo esencial para los padres es - que ambos conserven su función educativa de padre ó madre, sin ninguna ambigüedad en sus respectivos papeles.

TRASTORNOS DE CONDUCTA SOCIAL

Los casos que hacen los niños, sus padres y superiores - consideran normalmente malos, reciben generalmente la denominación de delincuencia. No concurrir a la escuela y otras formas de escape, el - hurto, la mentira, la crueldad y el comportamiento agresivo, se presen - tan a menudo en forma de episodios aislados, ó como síntoma único en - chicos que por otra parte están bien adaptados. Aparece también en ni - ños que exhiben síntomas psicopáticos como los ya descritos. Las tenden - cias antisociales, pueden ser reacciones a un ambiente desfavorable a - las consecuencias del retardo en el desarrollo y tiene un origen cons - titucional o ambiental.

REACCIONES DEPRESIVAS NEURASTENICAS

Al aparecer estas reacciones son raras en los niños, por - lo menos en la forma en que se observan en los adultos. Puede ser sin - embargo que la timidez, y la vergüenza de un niño pequeño ó bien las - quejas de la falta de memoria, somnolencia e incapacidad para concen - trarse del joven escolar, corresponde a las reacciones depresivas del adulto. En los niños puede presentarse casos de suicidio, aunque es --

Es una medida acertada por los padres censurar la masturbación, manifiesta a sentirse preocupados por la masturbación excesiva pero prohibirla absolutamente, avergonzar al niño, amenazarlo con castigarlo ó hacerle creer que se le mutilarán los genitales, no solo es ineficaz, sino que tiende también a crear un sentido de culpabilidad y un nuevo estado de ansiedad que incluso puede incrementar la actividad. El tratamiento más eficaz consiste en resolver cualquier circunstancia ambiental que obstaculice la satisfacción de la necesidad del niño. O sea productores de tensión y ansiedad. Es muy importante que se le asegure al niño, una y otra vez que la masturbación, no produce lesión física ni mental. El adolescente debe recibir una explicación de lo que significa la eyaculación, el orgasmo y la menstruación de tal manera -- que pueda comprender que se trata de funciones orgánicas normales.

ACTIVIDADES HOMOSEXUALES

Al tratar aquí de la homosexualidad solamente en lo que - concierne al niño, la cuestión que se plantea, es si desde la niñez se puede prever una evolución homosexual, a fin de poder actuar preventivamente. A este propósito no es posible dar una respuesta afirmativa. = Ciertamente que las gènesis de la homosexualidad se remota mucho antes del comienzo de la adolescencia, y por el contrario, niños cuyo comportamiento u anamnesis, podría hacer temer una evolución homosexual no sigue este camino. Observaciones seguidas largo tiempo prueban que es necesario ser muy prudente, antes de efectuar un pronóstico de este orden, en niños demasiado tímidos que sienten inclinación por los juegos

de las niñas y que se comportan como pequeños estetas , o en las niñas que prefieren los juegos de varones. Lo esencial para los padres es - que ambos conserven su función educativa de padre ó madre, sin ninguna ambigüedad en sus respectivos papeles,

TRASTORNOS DE CONDUCTA SOCIAL

Los casos que hacen los niños, sus padres y superiores - consideran normalmente malos, reciben generalmente la denominación de delincuencia. No concurrir a la escuela y otras formas de escape, el - hurto, la mentira, la crueldad y el comportamiento agresivo, se presen - tan a menudo en forma de episodios aislados, ó como síntoma único en - chicos que por otra parte están bien adaptados. Aparece también en ni - ños que exhiben síntomas psicopáticos como los ya descritos. Las tenden - cias antisociales, pueden ser reacciones a un ambiente desfavorable a - las consecuencias del retardo en el desarrollo y tiene un origen cons - titucional o ambiental.

REACCIONES DEPRESIVAS NEURASTENICAS

Al aparecer estas reacciones son raras en los niños, por - lo menos en la forma en que se observan en los adultos. Puede ser sin - embargo que la timidez, y la vergüenza de un niño pequeño ó bien las - quejas de la falta de memoria, somnolencia e incapacidad para concen - trarse del joven escolar, corresponde a las reacciones depresivas del adulto. En los niños puede presentarse casos de suicidio, aunque es --

muy raro antes de los 15 años de edad. La debilidad, el cansancio y la hipersensibilidad en los niños, tienen a menudo una base física, si -- una investigación adecuada la excluye, es posible que se encuentre una causa psicológica, que a menudo no resulta difícil descubrir.

REACCIONES DEL MIEDO Y ANSIEDAD (FOBIA)

En la fobia, la ansiedad difusa es reemplazada por el miedo a una cosa ó circunstancia específica. Este miedo, aunque verdadero para el niño, no es racional., ya que es producida más bien por factores inconcientes que por aquello a que lo atribuye él. Por ejemplo: El niño puede estar preocupado por el miedo de que haya tigres o ladrones en su habitación por la noche. En la fobia, la represión está suplementada por el mecanismo de desplazamiento, por medio del cuál el miedo es un objeto real, por ejemplo: El padre, es desviado de este a otro - objeto, o 'por proyección, mediante la cuál los impulsos que crean ansiedad son falsamente atribuidos a un objeto o circunstancia externa.

Tal como ya hemos indicado, la fobia se presenta normalmente en algunos estadios de la infancia, y puede ser también una manifestación de un trastorno de adaptación.

La causa verdadera de la fobia a la escuela, es el miedo a salir de su casa o la ausencia de separación, en general un estudio cuidadoso, no revelará que la madre también teme la separación , ó está anormalmente temerosa de que pueda sucederle algo al niño cuando egte se ausenta.

IRRITABILIDAD

Con frecuencia la irritabilidad de los niños es relacionada con alguna enfermedad física. Todas las madres conocen la impaciencia que se debe por falta de sueño, a la fatiga ó al hambre, las que se asocian con la desnutrición, los trastornos digestivos, los estados prodrómicos de una infección o la convalecencia de ésta. Las afecciones irritativas de la piel, como la sarna o la escabiosis y otras formas de molestias físicas, vuelven al niño irritable.

La irritabilidad se observa con mayor frecuencia en los niños con alguna lesión cerebral ó en los epilépticos.

En los niños menores de 3 años, la irritabilidad tiende a manifestarse en un berrinche, que es el acceso espectacular de cólera, característico de la infancia, a una edad más avanzada es más probable el descontento y enfurecimiento.

Estos accesos se comprenden fácilmente cuando ocurren en ocasiones aisladas y por una causa adecuada, entonces se les puede considerar como la forma natural de expresión de un estado de ánimo apropiada. Cuando los rebietas se hacen habituales, especialmente después de los primeros años, el psiquiatra tendrá que hacer un exámen más detenido. La capacidad y la tendencia a los accesos de cólera, dependen de la "explosividad" emocional que domina en la familia en la cual viven los niños. Puede ser también responsable una dificultad persistente cuya frustración en la vida del niño, los celos de un hermano, la excesiva severidad o protección de uno de los padres.

En tales casos sólo se obtendrán resultados importantes -

mediante un tratamiento comprensivo de la situación de toda la familia desde el punto de vista psicológico social.

ESTADOS COMPULSIVOS-OBSESIVOS

Los síntomas compulsivos, son relativamente complejos desde el punto de vista psicológico y por lo tanto es muy difícil que se presente en niños muy pequeños. Es necesario el desarrollo completo de la expresión verbal en el paciente, antes que el observador pueda estar seguro de la naturaleza del síntoma, pero el síntoma mismo puede haber existido desde una época más temprana. En esta época, el niño está inseguro respecto de los valores y se rige por normas rígidas de correcto y erróneo. El deseo de asegurarse contra la duda y la inseguridad, puede motivar también la repetición de una actividad diaria de un modo exactamente estereotipado como las preguntas repetidas sobre algo o sobre todas las cosas, o tocar repetidamente los objetos.

PSICOSIS DE LA NIÑEZ

Los trastornos psicóticos, constituyen la categoría de mayor gravedad entre las alteraciones psicológicas, siendo comparables a la "locura" del adulto.

PSICOPATOLOGIA

En los trastornos psicóticos, la dificultad encontrada en

las primeras fases del desarrollo psicológico, ha dado como resultado una deficiencia más acentuada en el desarrollo e integración de la personalidad.

En el niño psicótico de pocos años, existen con frecuencia defectos de coordinación que son difíciles de distinguir de las producidas por lesiones orgánicas. El desarrollo del lenguaje puede estar notablemente afectado o faltar por completo. Los procesos del pensamiento se hayan desorganizados y la realidad social no es advertida o es ignorada.

ADAPTABILIDAD

Debido a dificultades insuperables en sus relaciones precoces con los padres o con los adultos, el niño psicótico tiene escaso o nulo interés en relaciones con la gente. Es retraído y prefiere vivir en un mundo de fantasía de su propia creación, por lo que generalmente fracasa por completo en su adaptabilidad.

TRATAMIENTO

Los niños con trastornos psicóticos, particularmente en los primeros años de la infancia son muy difíciles de tratar. Incluso con esfuerzos intensivos y prolongados, utilizando psicoterapia individual o de grupo, dirigido, educación especial, tratamiento de los padres ó sustitución de éstos por otras personas con entrenamiento o sin él, la mayoría de estos niños son incapaces de obtener un nivel funcional que en ningún aspecto se aproxima al del niño normal.

ESQUIZOFRENIA

Probablemente no sea más frecuente que la psicosis maniáco depresiva infantil, pero se le diagnostica más amenudo, y se le ha de nominado esquizofrénico a casi todos los estados psicóticos anteriores a la pubertad, aunque la mayoría de los autores coinciden en que en cierto número de los casos así llamados, tienen una patología orgánica. Otro -- grupo de casos a menudo calificados como esquizofrénicos son reacciones-histéricas graves, provocadas por una pérdida emocional, un traumatismo-afectivo ó la privación de apoyo y hogar.

Estas psicosis histéricas pueden presentarse en un niño de disposición introvertida y solitaria, y las características de la personalidad que predisponen a la reacción le dan un color clínico y dificultad para el reconocimiento de su identidad.

Las reacciones de la esquizofrenia de los adultos son las denominadas psicosis esquizofrénica de los niños complicadas, además con existencia de características de la conducta de los niños normales que recuerdan los síntomas esquizofrénicos, retracción ante la realidad, preocupación juguetona con la fantasía y los cuentos de hadas, sueños diurnos, estereotipias repetidas del movimiento, chistes y bromas infantiles teñidos de pensamientos ilógicos y de tipo arcaico, posiciones catatónicas, negativismo en el primer período.

Síntomas de tipo esquizofrénico, especialmente catatónicos se encuentran también en los diferentes grados y en los idiotas corresponden al período del desarrollo en el que la vida del paciente se detiene ó bien indica una patología cerebral.

En realidad, la frecuencia real de la esquizofrenia infantil es muy baja. Muchos psiquiatras de experiencia no han visto nunca un paciente esquizofrenico menor de 15 años.

TRATAMIENTO CONDUCTUAL

El tratamiento conductual del retardo en el desarrollo -- presupone la manipulación de una serie de procedimientos que tienden a -- diseñar el ambiente general e individual del sujeto, de modo tal que facilite y promueva la adquisición de las conductas que son necesarias para remediar cuando menos parcialmente dicho retardo. Se hace énfasis en la programación explícita y objetiva de la triple relación de contingencia, para que en casos sucesivos se vayan compensando y remediando -- las diferencias existentes, mediante la creación de nuevas conductas y el incremento de su potencialidad funcional.

El tratamiento conductual abarca tres aspectos fundamentales:

- 1.- La creación de nuevas conductas
- 2.- El aumento de frecuencia en conductas ya existidas
- 3.- La supresión de conducta objetable

Así también el tratamiento conductual, comprende dos etapas bien definidas:

- 1.- El tratamiento individual bajo condiciones controladas
- 2.- La intervención sobre el ambiente del sujeto, dirigida a obtener condiciones óptimas, para el mantenimiento de la conducta ya adquirida bajo el tratamiento individual.

En la primera etapa del tratamiento se individualiza en términos de las especificaciones particulares del sujeto, en cuestión se diseña un ambiente especial (protéico), que facilite todo tipo de manipulaciones y procedimientos tendientes a incrementar su repertorio de conductas. Este ambiente protéico además del uso de reforzadores y estímulos bajo control directo de quien administra el tratamiento, incluye la programación completa cuando esto es posible, de todas aquellas conductas necesarias para el proceso de rehabilitación. Se procede paso a paso tanto en el desarrollo de nuevas conductas como en el aumento de la responsabilidad de los reforzadores naturales, al establecimiento de mayor número de posibles estímulos discriminativos a la interrelación cada vez más compleja de las conductas que el sujeto vaya adquiriendo. El tratamiento individual concluye cuando las propias conductas del sujeto muestran que los criterios prefijados se han alcanzado, o bien si las técnicas de que se disponen han logrado todo el desarrollo posible de sus potencialidades conductuales. De aquí se pasa al segundo aspecto del tratamiento.

La intervención directa sobre el medio al que se ha trasladado definitivamente el sujeto, ya sea un ambiente institucional o a un ambiente familiar natural.

El medio está definido en términos del personal con las que el sujeto tiene contacto y de las tareas que tiene que realizar.

Las tareas se programan de acuerdo con la posibilidad de repertorio conductual de aquel, y deben impartirse instrucciones e entrenamientos a las personas que de una manera u otra la pueden afectar, con su conducta. La conducta del paciente aquí es indispensable prever nor-

mas de reforzamiento y manejo de contingencias que guarden adecuación - con las conductas que el sujeto debe mostrar y con las condiciones en -- que debe hacerlo, si el tratamiento se deja trunco en la primera mitad y aún cuando el paciente haya adquirido un repertorio amplio y variado de conductas, la falta de contingencias apropiadas en el medio dentro del - cual se vé a mover por largo tiempo, puede causar que tal repertorio disminuya en frecuencia o se suprima por completo; el resultado sería un -- grado mayor de retardo en el desarrollo. No debe otorgarse carácter per- manente a los cambios que requieren un mantenimiento cuidadoso y conti- nuo, respaldado por técnicas muy especiales. Si no se consigue programar adecuadamente el ambiente, sería muy reducido los efectos que pueden lo- grarse a través de cualquier técnica de modificación conductual que se utilice, pues son las contingencias ambientales en última instancia las - que determinan el nivel funcional de un repertorio conductual.

c).- PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

El termino "parálisis cerebral", designa un grupo de trastornos progresivos resultantes de una función anormal de los centros y vías motoras del cerebro, caracterizados por parálisis, debilidad, incoordinación u otras alteraciones de la función motora que tiene su origen en el periodo prenatal, durante el nacimiento o bien antes de que el sistema nervioso central haya alcanzado una madurez relativa.

La mayoría de individuos con parálisis cerebral tienen -- además del trastorno motor, otras manifestaciones de lesión cerebral orgánica, como: ataques, retardo mental, y defectos sensoriales y de aprendizaje, y éstos se complican con trastornos de conducta y emocionales. - Los datos anatomopatológicos y clínicos son diversos, e consecuencia de una amplia variedad de defectos cerebrales. El grado de afectación depende de la extensión y localización de la lesión del sistema nervioso central y varía desde una ligera hemiplegia sin otro defecto neurológico -- hasta un trastorno que invalida totalmente al enfermo por el resto de su vida. El tipo de alteración motora de un niño, varía con la edad y alcanza un patron de adulto típico, cuando el sistema nervioso central madura. Los problemas dependen también en parte de la edad en que se tiene lugar la interrupción del desarrollo del cerebro y del estado de los cuadros de reflejos y de las aptitudes motoras, la intelectual, del lenguaje y social, si existe alguna que pueda haberse adquirido antes de que haya -

c).- PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

El termino "parálisis cerebral", designa un grupo de trastornos progresivos resultantes de una función anormal de los centros y vías motoras del cerebro, caracterizadas por parálisis, debilidad, incoordinación u otras alteraciones de la función motora que tiene su origen en el periodo prenatal, durante el nacimiento o bien antes de que el sistema nervioso central haya alcanzado una madurez relativa.

La mayoría de individuos con parálisis cerebral tienen -- además del trastorno motor, otras manifestaciones de lesión cerebral orgánica, como: ataques, retraso mental, y defectos sensoriales y de aprendizaje, y éstos se complican con trastornos de conducta y emocionales. -- Los datos anatomopatológicos y clínicos son diversos, a consecuencia de una amplia variedad de defectos cerebrales. El grado de afectación depende de la extensión y localización de la lesión del sistema nervioso central y varía desde una ligera hemiplegia sin otro defecto neurológico -- hasta un trastorno que invalida totalmente al enfermo por el resto de su vida. El tipo de alteración motora de un niño, varía con la edad y alcanza un patron de adulto típico, cuando el sistema nervioso central madura. Los problemas dependen también en parte de la edad en que se tiene lugar la interrupción del desarrollo del cerebro y del estado de los cuadros -- de reflejos y de las aptitudes motoras, la intelectual, del lenguaje y social, si existe alguna que pueda haberse adquirido antes de que haya --

producido la lesión o la herida. La parálisis cerebral, es un estado no-fetal, incurable que se beneficia a menudo con el tratamiento, con el entrenamiento y con la educación.

La parálisis cerebral es una de las causas principales de invalidez en los niños, el porcentaje de prevalencia se estima en 100- a 600 casos por 100,000 de población; la mayoría de los enfermos diagnósticos tienen menos de 21 años de edad. El cuidado de estos niños, que a menudo están afectados por más de una minusvalía, representan un problema importante tanto económico-social, como médico.

La parálisis cerebral se clasifica por la causa si es conocida, el tipo (espástica, acetóide, atáxico), la distribución anatómica (hemipléjica o cuadripléjica) y el estado funcional, la capacidad intelectual y la parálisis flácida.

La espasticidad se caracteriza por la existencia de un flujo de extensión patológica, hiperactividad en los reflejos tendinosos profundos, clono, marcha en tijera y contracturas de los músculos antigravitatorios, entre los primeros signos figura la catetonia, a menudo opistotónos o la persistencia parcial del reflejo tónico del cuello. La elevación brusca del niño puede producir el cruzamiento de piernas en tijera. Los reflejos tónicos del cuello se desencadenan con gran facilidad o bien son asimétricos, el tronco y la pelvis pueden dejar de seguir a la cabeza. Los reflejos de marcha y posturales faltan o se realizan mejor con un pie que con el otro. El levantamiento del niño echado con una mano en el occipucio, produce extensión del cuello y retracción de los hombros. En decúbito plano no se produce la vuelta protectora de la cara y el niño permanece con la nariz dirigida hacia abajo. La espasticidad -

esta con frecuencia asociada con prematuridad o anoxia y es generalmente el resultado de una lesión o defecto en la zona motora cortical.

La atenosis se distingue por una movilidad involuntaria, incoordinada asociada a grados diversos de tensión muscular. Los reflejos son generalmente normales. Al principio las manifestaciones clínicas pueden consistir en hipotonía y solo durante el segundo año puede hacerse evidentes de los dedos, manos pies, evolucionando hacia el típico cuadro de atenosis. Este tipo es a menudo la secuela tardía de querniteros que están lesionados las mechas basales.

La ataxia se manifiesta por la falta de coordinación debida a trastornos de los sentidos cinestésicos y del equilibrio. Puede acompañarse de hipotonía. La lesión se haya generalmente en el cerebro.

Existe casi siempre un trastorno del tono muscular. La atonía o hipotonía se caracteriza por músculos blandos y generalmente por hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos.

La pérdida del tono en el niño pequeño, es con frecuencia un precursor de otros tipos de alteraciones.

En raras ocasiones puede manifestarse en los niños temblores de tipo intencional o involuntario, pero estos característicamente presentan una manifestación tardía en niños mayores y adultos.

Los tipos mixtos existen, desde luego, pero generalmente con predominio de una forma.

La espasticidad es el tipo mas frecuente y junto con la atetosis constituye el 75% de todas las cosas. Los ataques si producen en el 25% aproximadamente de los niños afectados.

Existe un importante problema visual en la quinta parte -

de los parientes afectados y muchos es especialmente los que presentan atetosis, tienen una pérdida de la percepción acústica. La mitad por lo menos de los individuos con parálisis cerebral se desarrollan a nivel -- muy retrasado.

La parálisis flácida es quizás el trastorno de la función muscular mayor conocida. Este tipo de parálisis se manifiesta de un modo simple a saber: La ausencia completa de función, falta el movimiento de articulación en la dirección de la contracción. El músculo está -- flácido e inmóvil, todo intento de estimulación directa fracasa. Pero -- tampoco debemos apresurarnos a atribuir la flácidez aparente de un músculo o una lesión del nervio, de una enfermedad de la neurona motora, como en la poliomielitis, o de una interferencia con la continuidad del -- nervio debido a falta de riego sanguíneo (isquemia), por estiramiento o por causa intracraneal, también puede resultar la parálisis flácida de causa no neurológica, como en las distrofias musculares primarias, en -- que lo afectado es en primer lugar el músculo. Estos dos tipos de parálisis flácida se distinguen con cierta seguridad comprobando la contractilidad del músculo, mediante la estimulación eléctrica para determinar la reacción de degeneración. En relación con esto debe recordarse también -- que algunos venenos como el plomo producen parálisis neurales y que determinados estados istéricos y psicóticos pueden conducir a una parálisis flácida clara.

DIAGNOSTICO

El diagnostico precoz de la lesión cerebral es importante

para el niño y su familia, ya que muchas de las complicaciones físicas y psicológicas pueden reducirse o evitarse si los padres reciben consejos y ayudan durante los primeros años de la vida del niño.

Cuando se reconoce una manifestación de lesión cerebral, cabe sospechar la presencia de otras. Los niños que tienen una historia de uno cualquiera de los factores antes citados, deberán ser observados cuidadosamente en busca de desviaciones del crecimiento y desarrollo normal. La presencia de cualquiera de los trastornos durante el periodo neonatal, como: problema de alimentación, irritabilidad, ó somnolencia, cianosis, ictericia, dificultades respiratorias, tono muscular anormal o ataques, deberían reducir a una observación cuidadosa del sistema nervioso central.

Los casos de lesión ó déficit más graves se manifiestan ya generalmente de un modo precoz. Los de menor gravedad deberían sospecharse cuando se observan una desviación significativa de los ritmos normales de desarrollo y crecimiento o cuando existe una persistencia de los reflejos fisiológicos infantiles, como los de moro y tónico del cuello más allá de los seis a ocho meses de edad. Los patrones neurológicos típicos del adulto pueden no desarrollarse durante el primer o segundo año de vida, aún cuando la lesión exista desde el nacimiento en el nacimiento. Una clara plasticidad aparecida antes de los doce o quince meses sugiere hemiparesia.

El diagnóstico diferencial puede incluir a consideración de estados más agudos tales como: traumatismo cerebral o de los nervios periféricos, envenenamiento, infección o tumor del sistema nervioso central, enfermedades degenerativas, Corea de Sydenham, amiotomía congénita

y distrofias musculares. Hay que recordar que niños con disfunción motora asociada con lesión cerebral orgánica, las diversas manifestaciones - como: ataqués, retraso, alteraciones sensoriales, alteraciones perceptivas, conducta anormal, aparecen también con frecuencia.

PRONOSTICO

El pronóstico depende una valoración cuidadosa y de todos los factores relacionados con cada niño, su familia y la comunidad. Sabiendo que el defecto básico no puede curarse, existen a menudo condiciones asociadas o combinaciones en que los factores sociales, económicos y psicológicos son generalmente más difíciles de tratar que los médicos, - la perspectiva para el grupo como un todo no es favorable en cuanto a la autosuficiencia o habilidad para competir con sus iguales. Solo un pequeño porcentaje de niños afectados logran la independencia y un modo de vida satisfactorio.

Los objetivos deberían de ser menos ambisiosos en la mayoría de los casos, y solo observaciones del crecimiento y la madurez, la respuesta al tratamiento y a la educación, la apreciación de la capacidad del niño y de la familia para usar sus recursos y los de la sociedad permitirían establecer un objetivo realista. La inteligencia del niño es la mejor guía pronóstico de suerte, que deberán emplearse a la mejor ayuda psicométrica disponible.

TRATAMIENTO

Los rasgos generales del tratamiento de un niño deficiente, comprenden un plan realista a largo o corto plazo, asistencia al niño para que pueda hacer pleno uso de sus dotes residuales, evitación del problema emocional secundario, sostén y consejos para la familia y amplios recursos disponibles de la comunidad. Los objetivos deben ser revisados periódicamente a la luz de los progresos realizados, y la terapéutica debe ajustarse al estado de desarrollo del niño. En general la finalidad del tratamiento debería de consistir en asegurar al enfermo una infancia feliz y una vida adulta bien adaptada, en la que se desenvuelva perfectamente de acuerdo con sus aptitudes.

En los niños más gravemente afectados, el tratamiento puede ser fundamentalmente de sostén y orientado hacia la prevención de complicaciones tales como contracturas, deficiencias nutritivas, úlceras -- por compresión, infecciones y problemas emocionales.

Si el niño tiene suficiente inteligencia para tratar de aprender, deben hacerse entonces los esfuerzos necesarios para desarrollar la fuerza muscular, el equilibrio y la coordinación, la postura funcional y la capacidad de comunicación y ayuda. Dado que es generalmente imposible valorar cuidadosamente los efectos relativos nocivos de varios déficits, todos los defectos que se presentan a la corrección deberían ser tratados. Con frecuencia es satisfactorio el resultado final de todas estas fuerzas, aún cuando son muy pocos los ensayos clínicos bien comprobados de cualquier régimen terapéutico individual o de una combinación de tratamiento que tales niños se someten.

El grupo que parece menos gravemente afectado pueden no alcanzar su plena capacidad, debido a falta de atención a los factores --

emocionales, que pueden ser más perturbadores que el propio defecto motor.

Más que nada, el niño en condiciones de inferioridad, sus padres necesitan el continuo cuidado de un médico cuyo juicio no esté en condición por un contacto demasiado íntimo con su aspecto particular del problema. El niño con parálisis cerebral tiene un cerebro lesionado-cuya función no es la de un cerebro normal. No debe permitirse que el niño y los padres sucumban a un optimismo bien intencionado pero tiránico, encaminado a obtener el mayor rendimiento en las actividades funcionales sin tener en cuenta el límite impuesto al niño en conjunto por su inferioridad orgánica. El resultado final buscado de un adulto feliz, bien adaptado y en el máximo de sus realizaciones, se consigue mejor reconocimiento precoz, hacia la amplitud de esta inferioridad y procedimiento objetivo razonablemente posible. La aceptación por el niño, los padres y el médico de éste, parte que ni se puede alterar, debería ser lograda durante los primeros años escolares. Los planes para una vida adulta concebidos por éstos términos, hacen mucho más en favor del niño y de sus padres que todos los recursos mecánicos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos conocidos.

En otro lugar se estudia los tratamientos para las diversas manifestaciones.

El ortopedista se encarga del desarrollo y mantener la perfecta mecánica corporal. Esto se lleva a cabo por medio de técnicas, terapéutica física y quirúrgica limitadas en gran parte a alargamientos de tendones, artrosis y transferencias musculares en niños mayores.

El adiestramiento para obtener una mejoría funcional de -

la mecánica corporal, dominio muscular, marcha, uso de las manos y comunicación verbal, puede ser llevada a cabo eficazmente por los padres bajo la dirección de terapeutas físicos, ocupacionales y de lenguaje. El éxito es proporcional al grado de afección física, mental y emocional -- del enfermo a los conocimientos del terapeuta, al uso de medidas fisiológicas y a la integración de semejantes tratamientos con una vida hogareña y equilibrada y con otros servicios prestados al niño.

La fisioterapia, en gran parte a cargo del padre (después de oportuna instrucción), debería iniciarse en la infancia, para evitar el desarrollo de contracturas y estimular el dominio de los movimientos. Las articulaciones afectadas, generalmente los tobillos, rodillas, caderas, muñecas y dedos, son manipulados en dirección opuesta a la de la máxima contracción, hasta conseguir finalmente una total amplitud de movimientos. Los breves periodos de tratamiento repetidos a intervalos durante el día, son más efectivos que unas pocas sesiones más prolongadas, el procedimiento beneficia al niño físicamente y a los padres desde el punto de vista emocional. Deben estimularse los movimientos activos de uso funcional, posteriormente pueden añadirse toda clase de esfuerzos para mejorar la coordinación mediante el empleo de juegos, tableros especiales, ejercicios de sentarse y mantenerse en pié, en sillas de apoyo o en mesas para estar de pié, de andar con aparatos auxiliares como barras paralelas, esquíes ó muletas, según estén indicados y bajo la guía terapéutica suficientemente interesados y con imaginación. Un terapeuta hábil -- utilice una amplia variedad de técnicas para acomodarse a las necesidades y reacciones del niño y no se limita a un rígido patrón de ejercicio

8.

Actualmente son todavía escasos los terapeutas destacados en las clínicas de parálisis cerebral, por lo que de ordinario los niños afectados reciben escasa atención. La mayoría de los procedimientos son relativamente simples y la mayor parte del equipo es de fácil construcción por aficionados. El entusiasmo por la clínica no debería relegar al olvido los recursos del hogar, poderosos y mucho más asequibles, debería entrenarse a los padres y estimularlos a que se encarguen de la mayor parte del tratamiento terminándolo con éxito, y no como un ritual que no ha de servir para nada.

La neurocirugía puede desempeñar un papel en un reducido número de casos. El tratamiento de las anomalías vasculares intracraneales o hemorrágicas y tratamientos agudos, pueden desempeñar un papel en el sentido de modificar o prevenir algunos de los procesos que conducen a la parálisis cerebral. Se encuentran todavía en periodos de investigación clínica, y de esos procedimientos destinados a eliminar focos o a interrumpir vías en el cerebro, con el fin de reducir la actividad no inhibida.

Los niños con problemas visuales, auditivos y dentarios se tratan esencialmente lo mismo que a los otros niños con semejantes problemas, mediante las apropiadas modificaciones de sus invalideces y limitaciones sobre añadidas.

Se han empleado medicamentos con varias acciones farmacológicas y otros se encuentran bajo estudio. Ninguno de ellos ejerce efectos clínicos satisfactorios sobre el tono muscular sin inconvenientes significativos. Varios tranquilizantes mitigan la tensión secundaria y pueden servir a veces para mejorar la función total.

PROFILAXIS

Una revisión de los muchos casos de lesión cerebral antes señalados, revela cierto número de ellos son susceptibles a prevenciones. El médico practico puede colaborar útilmente al aplicar los principios - conocidos de profilaxis y la terapéutica.

TEMBLORES

Son de varios tipos, se clasifican por lo general, en temblores de grandes y pequeñas oscilaciones, o bien en rápidos o lentos. Estas variaciones dependen de la fuerza muscular en cada caso y de la amplitud del movimiento de cada parte. Un temblor rápido que mueva una parte con gran amplitud exige un gasto de energías mayor que un temblor rápido de pequeña amplitud o un temblor lento de gran amplitud.

TEMBLORES NORMALES

Un temblor que aparece normalmente es el producido cuando se hace un esfuerzo violento en contra de una resistencia. Ocurre un especial, cuando un músculo comienza a fatigarse tras un esfuerzo prolongado. De este tipo es el temblor que ocurre cuando se tiene miedo, por ejemplo : temblor de la rodilla. En los espásticos tal temblor es más -- que anormal, y se debe a un esfuerzo necesario para vencer las espasticidad de los antagonistas.

TEMBORES PATOLOGICOS

Hay muchos temblores producidos por venenos de distintas clases sobre todo el arsénico y el mercurio, se ha dicho que el uso excesivo de tabaco produce un temblor fino, pero no hay prueba alguna de ello, el temblor asociado al uso del opio se llama tremor opio phogorun. El delirium tremens o tremor petatorum es una de las manifestaciones de estado agudo, asociado con el alcoholismo crónico.

Los temblores son pues, intencionales o asociados con las enervaciones voluntarias, o bien no intencionales independientes de movimientos voluntarios. Algunos de éstos cesan cuando se hace una investigación voluntaria. Son intermitentes o continuos, gruesos o finos (es decir de amplitud grande o pequeña), y lentos ó rápidos.

TICS O ESPASMOS HABITUALES

Cierto número de niños difíciles presentan tics, la coexistencia de los mismos con trastornos de comportamiento y de carácter que es bastante común. La mayoría de éstos niños presentan tics menores, que aparecen y desaparecen alternativamente, sin crear serias molestias. Los niños con tics mayores y espectaculares que presentan una ansiedad de fondo y preocupaciones obsesivas, son los que tienen sobre todo trastornos de comportamiento. Como ante toda manifestación de éste orden, es necesario aclarar aquí los trastornos consecutivos a la aparición de los tics, como los que han precedido mucho más importantes estos, por el papel que han tenido en su génesis.

DESCRIPCION CLINICA

Recordemos primero qué son los tics. No hay de ello mejor definición que la dada por Meigs hace ya bastante tiempo: "El tic es un acto primitivamente impuesto por una causa exterior o por una idea coordinada hacia un fin; dicho acto se transforma en un hábito y termina por reproducirse involuntariamente sin causa ni finalidad, exagerándose en su forma, intensidad y frecuencia".

El tic es análogo al movimiento voluntario, del que es -- una especie de caricatura, pero no reproduce cualquier movimiento voluntario, afecta solamente la cara, cabeza, cuello, la parte superior del tronco y más raramente las manos, es decir los músculos de la mímica y de la comunicación gestual que implica una relación social. Tales son -- los tics del parpado, de la boca, de las mejillas, de lengua restados o combinados; los tics del cuello, de elevación y descenso de hombros, los tics laríngeos, respiratorios, tics de tosiqueo, de ladrido, de carraspeo de garganta, seguidos de accesos de tos que producen una molestia -- considerable en la vida social.

Análogos son los tics verbales, formados por exclamaciones o palabras groseras, inarticulados, emitidos en forma explosiva en voz camuflada baja, en general incomprensibles y cuyo carácter de agresividad no ofrece ninguna duda. Estos rasgos comunes tan particulares diferencian los tics de otras actividades respectivas, frecuentes en la infancia. Tales como: la onicofagia, hábito psicomotor, emparentado con la succión del pulgar y con las manifestaciones autoeróticas, los movimientos rítmicos de la cabeza, del tronco o de los miembros, que indican --

un retraso o una regresión afectiva, y sobre todo las estereotipias que son actividades ilógicas y absurdas, olfateo de objetos, separación y --acercamiento de dedo, movimientos de flexión o extensión del cuerpo y --miembros inferiores, actividades todas que se efectúan en una especie -de ensueño; a un ritmo lento y variable, y que son de expresión de un pa-liquiano alterado, psicótico o parapsicótico. Es tanto el carácter clínico del movimiento como el comportamiento y el contexto mental, lo que se-para la estereotipia de los tics; el niño con tic presenta un comporta-miento y características normales, mientras que el niño psicótico cause-de entrada una impresión de extrañeza.

El comienzo de los tics parece estar relacionado a un in-cidente orgánico, el tic del guiño de un ojo a una irritación conjunti-val, el tic de la boca a una boquera, etc. Pero aún cuando un incidente-de esta naturaleza ha podido ser comprobado con exactitud, la presencia-del tic luego de la desaparición de la causa, y la aparición de otros en territorios diferentes, demuestra que la causa real es otra y que existe una predisposición psicomotora previa.

La evolución de los tics es esencialmente caprichosa; apa-rece en algunos días, se agraven a veces de manera espectacular, pudien-do atenderse rápidamente -- aún desaparecer, para reaparecer más tarde. - Los tics son influidos sobre todo por las emociones y particularmente --por todas las situaciones que cean inseguridad, inquietud agresiva, sen-tida por el niño como causa de rivalidad con un hermano, conflicto ocul-to con uno de los padres, malestar experimentado en el medio escolar por temor a ser reprobado o castigado, o por el hecho de un mal recibimiento por parte de sus compañeros, con más razón si se burlan continuamente de

é1. Sin embargo, por lo general el tic queda como un incidente menor.

Solamente en raras casos toman los tics una gran amplitud repitiendose sin tregua y constituyendo un impedimento considerable que hace imposible la vida escolar. Entonces son necesarias nuevas técnicas como un aislamiento temporal y una medicación neurosedante. A esta última categoría pertenece el síndrome descrito hace tiempo por Guitler Tourette bajo el nombre de "enfermedad de los tics", en la cual se asocian también trastornos psíquicos y una verdadera degeneración mental. Esta descripción no es aceptada actualmente, pero no existe ningún estado morbido definido que produzca esa famosa enfermedad. Hay que conservar, sin embargo la noción de tics severos asociados a manifestaciones fobo obsesivas, de las cuales son un modo de expresión y que traduzca un estado neurótico permanente.

TRATAMIENTO DE TICS

Plantea el médico un problema difícil, dado que no existe ninguna terapéutica segura, por lo que con frecuencia quedan importantes estados irritantes y manifestaciones.

De acuerdo con lo expuesto separaremos la conducta que -- hay que seguir en presencia de los tics menores, que son los más frecuentes de lo que corresponde en presencia de tics mayores ligados a un estado de neurósis.

Frente a la mayoría de los tics menores, con frecuencia -- también separados es necesario no solamente emplear el arsenal medicamento-- so neurosedativo, también tratar de resolver diversas interrogativas.

El principal es el siguiente: Durante una recrudencia de los tics, podemos descubrir por que el niño se siente incómodo, inquieto o inseguro. En un niño predispuesto a los tics, la aparición o reaparición de los mismos es una especie de señal de alarma que indica que algo no marcha bien. ¿ Que es lo que no marcha bien ?, con frecuencia ya lo hemos dicho, se trata de un estado relacionado con la escuela y es necesario buscarlo y tratar de solucionarlo. Puede ser un error de orientación escolar, un desacuerdo con el maestro, inaceptación por parte del niño de ciertas normas que tal vez ha entendido mal y deben ser aclaradas, rechazo por parte de sus compañeros, que deben tratarse de remediar. Pero a veces es en el medio familiar donde debe descubrirse un posible desacuerdo o conflicto, y a ese respecto debe efectuarse una pequeña investigación a nivel familiar, sin conformarse con escuchar a uno solo de los padres, sino en lo posible a los dos. Estos pequeños problemas familiares son a veces simples y que puedan solucionarse con medidas de buen sentido. Ciertos casos precisos requieren una educación psicomotora que ayude al niño a adquirir el dominio motor y favorecer la lateralidad, -- tal ocurre no solamente cuando existe cierto grado de infantilismo motor sino también los niños hiperactivos que controlan mal sus actividades motoras. La educación psicomotora combina ejercicios de ritmo y coordinación muscular con momentos de relajación , en los niños mayores es posible educar este relajamiento muscular segmento por segmento, debido a la colaboración del niño.

En presencia digamos de grandes tics incesantes sobre todo si coexiste un estado neurótico ansioso o con manifestaciones fóbicas es necesario efectuar un aislamiento temporal a base de tratamientos con

neurolepticos, éste es el único método que permite gracias al descondi--
cionamiento creado y a la reducción de las actividades psíquicas, obte--
ner una disminución de los tics. Pero dicha sedación puede ser de corta--
duración, sino se asocia a ello una psicoterapia prolongada. Se debe en--
efecto, tratar de reducir los motivos de ansiedad y de favorecer la adap--
tación de los demás. En el curso de la psicoterapia puede aparecer la --
verdadera significación de ciertos tics.

RIGIDES

La rigides referida a los músculos, es un estado permanen--
te, involuntario de contracciones y de falta de elasticidad. La rigides--
por ser postural, se asemeja a una exageración de tono postural o plásti--
co. La postura es la rigides, puede ser de extensión o de flexión o cual--
quier intermedia. Las dos formas de rigides de descerebración y el rigor
mortis, y entre ellos hay cierta similitud, La rigides de descerebración
no implica necesariamente una descerebración de hecho o completa, sino --
que se presenta en estados traumáticos y en ciertas enfermedades del cere--
bro . El mecanismo de la rigides difiere en que la contracción es tónica
y permanente.

CONTRACTURAS

Las contracturas de los músculos se debe a la falta de ag--
tividades durante mucho tiempo, por lo que se producen cambios degenera--
tivos con su constitución de las células elásticas y contráctiles po: t_

jido fibroso. Esta forma de rigidez es pasiva o relajada, más bien que -
tónica o clónica y no afecta a la contracción muscular en modo alguno. -
Es importante distinguir entre el uso de las palabras "contracción" y --
"contractura": La primera indica cambio sinético desde el estado de rela-
jación al de contracción, e implica que su opuesta «La relajación» lo ha
predecido o lo a seguido. Contractura por otra parte, es un estado fija-
do del músculo que se produce por el desuso o lesiones ó alguna condi---
ción patológica que permite que el músculo permanezca en posición de --
acortamiento durante un tiempo suficiente para que se produzca un cambio
en su naturaleza; es decir, perderá la elasticidad, acortamiento, trans-
formaciones fibróticas y pérdida de la función.

d).- RETRASO MENTAL

SUBNORMALIDAD MENTAL

La denominación subnormalidad mental se usa para indicar un estado de desarrollo mental subnormal presente ya desde el nacimiento o en la infancia temprana, caracterizado principalmente por la limitación de la inteligencia. La subnormalidad mental que se incluye dentro del concepto omnimado de trastorno mental.

El retraso mental, tal como ésta denominación se emplea desde el punto de vista diagnóstico, representa un menor grado de la inteligencia desde el comienzo de la vida y un desarrollo mental insuficiente a lo largo de todo el periodo de crecimiento, que se manifiesta por una maduración lenta e incompleta, disminución de la aptitud para aprender y mala adaptación social. En un número reducido de casos de trastorno mental es primordialmente un problema médico. Como causa importante de incapacidad para toda la vida y como complejo, problema médico social educacional y económico. El retraso mental representa corrientemente un importante reto para la ciencia y para la sociedad, al cuál no le encuentra solución fácil

Es posible que el retraso mental sea el trastorno infantil que dá lugar a un mayor impedimento. Solo existen otras cuatro incapacidades -enfermedades mentales; cáncer; cardiopatías; y artritis-, que

sean frecuentes, pero todas ellas son en su mayoría un problema de la vida adulta. Se evalúa que el 3% de la población puede considerarse mentalmente retrasada en algún momento de su vida. Entre los niños de edad preescolar, aproximadamente el 0.5% son retrasados. El periodo en que se reconocen más casos está situado entre los 6 y 16 años de edad, cuando las tensiones de la enseñanza regular parecen poner de manifiesto una mayor incidencia, que puede llegar al 10% ó más de la población escolar de --- ciertas áreas urbanas mal entendidas. Entre los adultos se considera que solo el 1% aproximadamente son retrasados, ya que el porcentaje ha disminuido por la muerte y la asimilación eficaz de algunos supervivientes en la población general. El retraso mental parece ser más frecuente en los niños que en las niñas, 55% y 45% respectivamente. Esta disparidad puede ir ligada en parte a los factores biológicos (trastornos genéticos ligados al sexo), y en diferencia de lo que se espera socialmente de ambos sexos. El 75% de los retrasados no tienen estigmas físicos manifiestos, aunque el grupo en conjunto presenta un porcentaje mayor que la población general de defectos de los sentidos, trastornos del habla, deficiencias neuromusculares, accesos y anormalidades físicas. Los retrasados, -- lo mismo que otros niños con defectos que constituyen un impedimento, -- son más vulnerables desde el punto de vista emocional; recíprocamente -- los niños con problemas emocionales actúan a menudo a nivel retrasado.

La inteligencia no constituye un resultado de un proceso mental único, sino que comprende el pensamiento abstracto, la memoria visual y auditiva, el razonamiento causal, la expresión verbal, la aptitud para aprender y adaptar y la comprensión especial. Este concepto compuesto de muchos factores se tiene en cuenta en la elaboración de prue--

bas mentales y psicológicas, el imperfecto sistema corriente de identificar la inteligencia a un concepto de edad mental o cociente de inteligencia, solo proporciona promedios de los resultados globales de algunas de estas aptitudes mentales. Como también reflejan en parte la experiencia y base actual cultural del individuo examinado, el coeficiente intelectual puede ocultar más de lo que pone de manifiesto. Generalmente no está estabilizado y puede ser modificado por numerosos factores, en gran parte ambientales. Este procedimiento de determinar el grado de inteligencia señala evidentemente la posición relativa de personas de aptitud mental mediana ó más que mediana con mayor precisión que en las de menos aptitudes. El desarrollo mental detenido o insuficiente solo pocas veces se manifiesta por igual en las diversas esferas intelectuales. A menudo ciertas funciones mentales están dentro de límites normales en niños moderadamente retrasados.

Se manifiesta claramente la importancia de este concepto en relación con el diagnóstico de la deficiencia mental, cuando se tiene en cuenta las diferentes aptitudes mentales no desempeñan el mismo papel en la adaptación ulterior social o vocacional. La obtención de progresos aceptables en la enseñanza escolar, depende sobre todo del desarrollo -- conveniente de ciertos factores como la memoria visual y auditiva, la facilidad verbal, el razonamiento abstracto y la creatividad, así como la conformidad en las normas sociales existentes. También otros aspectos de la inteligencia desempeñan un papel en el progreso escolar, pero en general no lo hacen en las medidas de los que hemos mencionado. En cambio el éxito razonable de la adaptación en muchas de las disciplinas industriales simples en periodos más avanzados de la vida, dependen mucho más de

aspectos de la inteligencia como los que se refieren a la coordinación visual-manual, a las relaciones espaciales y de razonamiento causal, así como una característica de personalidad aceptable. El valor relativo del examen psicológico general, depende más de estos conceptos amplios, de factores múltiples en la inteligencia y de su acción recíproca en términos de adaptabilidad social potencial que simplemente de evoluciones de la edad mental media. Por desgracia, no existe una medida objetiva a un patrón científico de la conducta de adaptabilidad para diferenciar -- que conducta es fusión de una inferioridad orgánica o inata y cuál es fusión de un fondo cultural.

Esto constituye un juicio objetivo.

El cociente de inteligencia es útil para finalidades académicas o administrativas, aunque es inadecuado y no rara vez desorientador para facilitar la clasificación de los niños mentalmente subnormales respecto a su grado de déficit.

Las personas con C.I. entre 50 y 75 se consideran medianamente retrasados y educables. Este grupo comprende del 85 al 90% del total. Suelen ser capaces de alcanzar un nivel de un cuarto ó quinto grado en el sistema corriente de las escuelas y por lo general pueden alcanzar una adaptación social moderadamente satisfactoria. En general, en épocas con demanda de personal sufragan sus necesidades, especialmente en ocupaciones que no requieren pensamiento abstracto. La mayoría de las personas de este grupo son diagnosticadas en los primeros años del colegio, a consecuencia de poco rendimiento escolar. Los niños moderadamente retrasados tienen un C.I. aproximadamente en el rango de 35 a 50%. Se les considera adiestrables y pueden ser capaces de su propio cuidado físico,

también ellos, si son aceptados pueden obtener una buena adaptación social en casa y en la vecindad y algunos alcanzan cierto grado de rendimiento económico en casa o en una ocupación de tipo protegido. Este grupo comprende del 5 al 10% del total. Suelen ser reconocidos en la edad preescolar debido a manifestaciones del desarrollo evidentemente retrasados y muchos de ellos tienen defectos físicos.

Las personas con C.I. por debajo del 35% se consideran generalmente retrasados, y por debajo de 20% profundamente retrasados. Ofrecen respuestas mínimas a lo que le rodea, generalmente son considerados no adiestrables, y para la mayor parte de cuestiones de sus cuidados dependen en general de los demás. Constituyen el 5% aproximadamente del grupo retrasado total, la mayoría son reconocidos como tales ya en la infancia, y tienen incapacidades múltiples que requieran diagnóstico médico y cuidados especiales.

Se han señalado más de 100 factores diferentes que tienen relación próxima o causal en el retraso mental; sin embargo no existe una causa biológica ó orgánica demostrable para el 65 al 75% de los niños retrasados. El sector más amplio de los retrasados es debido probablemente a la privación ambiental o sociocultural y es una consecuencia de la pobreza. La mayoría de los niños ligeramente retrasados proceden de las clases menos favorecidas, caracterizados por ingresos bajos, educación escasa, ocupaciones no calificadas y generalmente ambiente de pobreza. Estos niños están en general, más nutridos, sufren más enfermedades agudas y crónicas y reciben menos cuidados médicos y dentales que los grupos con ingresos medianos ó elevados. Los niños de los trabajadores agrícolas emigrantes, rara vez se crían en hogares en los cuales exis

ta una conversación estimulante, se lean libros o se goce de oportunidades para una buena educación, o en los que tengan a su alcance las ventajas intelectuales y culturales que se presuponen en el caso de los niños de clase con ingresos medianos ó elevados. Un número elevado procede de hogares trastornados o destruidos. Muchos de ellos nacen de madres mal alimentadas y reciben pocos cuidados prenatales, perinatales y postnatales. Muchos de ellos son nacidos fuera de un planeamiento familiar y no deseados, que han nacido fuera del matrimonio y crecen en hogares en los cuales no hay padre y con una figura materna incrustante e inestable. -- Aprenden a sobrevivir, aunque no a prosperar. La tasa de prematuridad en éstos ambientes es de dos a tres veces mayor que la promedio de la nación. En estos niños favorecidos el retraso es en gran parte adquirido, en muchos casos iniciado en el útero y se hace manifiesto durante el segundo o tercer año de la vida, probablemente como consecuencia de la falta de buenas relaciones interpersonales, de ausencia de estímulos psicológicos y de una privación sensorial, emocional, ambiental y nutritiva.

En la mayoría de los casos lo que se hereda es el modo de vida más que los genes que van ligados al retraso mental o que lo producen, constituye un ejemplo típico del ciclo de dependencia, pobreza y -- privación de la mayoría de los receptores de beneficencia.

En contraste con éstos síntomas de ligero retraso, propios de grupos socioculturales y subdesarrollados, son grados más intensos de retraso que aparecen distribuidos más uniformemente en toda la población. Algunos de los factores causales médicos y biológicos que pueden señalarse como importantes en más del 25% de los casos parecen ir aumentando. Viven más niños que al nacer presentaban un peso bajo, debido a -

alguna mejoría en los cuidados médicos. Sobreviven más niños que sufrieron traumatismos intracraneales durante el período perinatal y más niños que han sufrido infecciones o intoxicaciones graves durante la primera infancia. Van aumentando los accidentes no mortales en el hogar y fuera de él.

La "clasificación etiológica" que exponemos a continuación comprende solo las causas importantes que originan aproximadamente el 25% de los retrasados. Los niños que padecen éstos trastornos son generalmente los que sufren retrasos más graves y ordinariamente pueden ser reconocidos por el médico en los primeros años de la vida. La mayoría de niños con éstas afecciones tienen otras manifestaciones de deficiencias o alteraciones del sistema nervioso central, como impedimentos motores, ataques, defectos sensoriales e incapacidades para aprender, y pueden presentar alteraciones esqueléticas del aparato circulatorio, del sistema endócrino o de otra naturaleza. Muchos síndromes están persistentemente asociados con retraso mental, mientras otras solo están en pocas ocasiones.

I.- PRENATALES

A).- DETERMINADOS GENETICAMENTE

1.- Trastornos del metabolismo de las proteínas, - hidratos de carbono y grasas, por ejemplo: histidinemia, homocistiduria, enfermedad de la orina en guarapo de maple, fenilcetonuria, galactocemia y las lipidosis cerebrales.

2.- Enfermedades desmielinizantes cerebrales.

3.- Gargalismo

4.- Anomalías craneales: Microcefalia primaria, -- craneostenosis e hidrocefalías congénitas.

5.- Ectodermosis congénito: Esclerosis tuberosa, - neurofibromatosis, angiomatosis cerebral.

6.- Anomalías cromosómicas: Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de la Triple XXX, hermafroditismo, Síndrome Cri du chat, Trisomía 18, Trisomía O, y otros.

B.)- INFECCIONES MATERNAS Y FETALES

Sífilis, rubeola, toxoplasmosis, enfermedades por inclusión citomegálica.

C.)- IRRADIACION FETAL

D.)- ICTERICIA NUCLEAR (Quernictero)

E.)- CRETINISMO

F.)- CAUSAS PRENATALES DESCONOCIDAS O IMPRECISAS

Las cuales acompañan anomalías placentarias, toxemia gravídica, prematuridad, medicación materna, intoxicaciones, deficiencias de la nutrición, infecciones o traumatismos.

II.- NATALES

A.)- Lesiones en el nacimiento, infecciones, traumatismos cerebrales, hemorragias, anoxias e hipoglucemia.

III.- POST-NATALES

A.)- Infecciones cerebrales; meningitis, encefalitis, - abscesos.

B.)- Traumatismos cerebrales.

C).- Intoxicaciones: plomo, óxido de carbono y otros.

D).- Accidentes vasculares, oclusiones y hemorragias cerebrales, debido a defectos congénitos, enfermedades por carencia o causas desconocidas.

E).- Encefalopatías postinmunización: Tosferina, viruela, rubiolo y otros.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL RETRASO MENTAL

Para el diagnóstico hay que tener en consideración las --afecciones más frecuentes que pueden confundirse con el retraso mental ó dificultar de tal modo la capacidad de aprender que ocasiona un cuadro - caracterizado por una función intelectual reducida. Para el diagnóstico - y la valorización de los complejos factores que intervienen en su producción son indispensables el empleo crítico de las pruebas psicológicas, - la valoración del estado físico y la consideración de las condiciones familiares y sociales básicas. Como las pruebas psicológicas se fundamentan por regla general en la adquisición de experiencias aprendidas, los procesos que citaremos. Al dificultar la operación de aprender, también puede afectar desfavorablemente los resultados de éstas pruebas y aumentar las dificultades diagnósticas.

PROGNOSTICO

Cuando el niño retrasado a alcanzado su quinto año de vida, tiene muchas probabilidades de desarrollarse y probablemente posee -

la misma expectativa de vida que los demás niños que reciben buenas cuidados médicos, dieta adecuada, tratamiento precoz de las infecciones, - etc. En los niños gravemente retrasados con defectos múltiples, la expectativa de vida es menor, aunque con cuidados adecuados puede prolongarse de modo sensible.

Debe recordarse que la inteligencia no es un factor fijo que la moderación del ambiente y la mayoría de las oportunidades para aprender, así como la aceptación social originarán una mejoría en casi todos los niños retrasados. El grado de mejoría es menor en los niños más gravemente afectados y en los que tienen dificultades múltiples.

TRATAMIENTOS Y CUIDADOS

El tratamiento eficaz del niño retrasado constituye un problema complejo, que requiere que el médico se entregue a su actuación como una persona compasiva, comprensiva y hábil, que trate al niño, ayude a la familia y se comunique eficazmente con otras personas de la colectividad durante un largo período de tiempo.

Como médico, interviene diariamente en la profilaxis y en el reconocimiento precoz del posible retrasado. Muchas veces en colaboración con otros profesionales y los padres, establece el hecho del lento desarrollo intelectual del niño. Preciza y asegura el tratamiento, - si hay alguno que sea eficaz para los procesos que originan o acompañan el defectuoso rendimiento de la capacidad de aprender como son : los trastornos motores visuales y auditivos. Aquellos procesos comprenden - trastornos metabólicos como fenilcetonuria, enfermedad de la orina con-

olor a jarabe de arce, la hipergliceruria, intolerancia para la lucecemia, tirocinosis y enfermedad de Hornup; el metabolismo anormal de los hidratos de carbono, como la galactocemia; intolerancia a la leucina e hipoglicemia; intolerancia a la piridoxina; hiperbilirubinemia, saturnismo; hipotiroidismo; hipercalcemia, hipoparatiroidismo; hidrocefalo; craneostenosis y acúmulos subdurales. Para muchos de los síndromes que pueden reconocerse solo existen actualmente tratamientos sintomáticos de sosten.

A no ser que se ponga de manifiesto un defecto específico no existen pruebas aceptadas que demuestren la eficacia de los numerosos tratamientos que han sido recomendados en alguna ocasión, entre los cuales se incluye el empleo del ácido glutámico, las vitaminas, hormonas, extracto de tejido, sustancias minerales, medicamentos de diferentes clases, intervenciones quirúrgicas y maniobras para aumentar la irrigación sanguínea del cerebro o mejorar la organización neurológica.

Los niños retrasados requieren los mismos cuidados pediátricos generales que se recomiendan para todos los niños. Si para el desarrollo de los cuidados substanciales propios del niño normal son indispensables una buena relación padre-hijo, al comienzo de la vida, ambiente familiar que proporcione una práctica adecuada para aprender, una relativa seguridad, amor y aceptación como persona, estos factores son todavía más necesarios para el desarrollo del niño retrasado. En el niño retrasado los adelantos en el desarrollo deben valorarse a base de su capacidad potencial y calculada para aproximarse a una dependencia relativa. Durante la edad pediátrica la cantidad específica de conocimientos adquiridos es quizá menos importante que el desarrollo de hábitos de trabajo adecuados de interés en una actividad, de satisfacción obtenida en-

objetivos asequibles y de factores de personalidad y relaciones satisfactorias, no solo respecto a la familia sino con los conocidos y además el posible patrono del centro de trabajo.

La familia del niño retrasado necesita auxilio, sobre todo en lo que se refiere a la interpretación de los problemas del niño, - los cuidados diarios, la elaboración y realización de planes a largo plazo, el empleo de los recursos que ofrece la sociedad, la comprensión de sí mismo y de los problemas genéticos si existen, y especialmente en épocas de crisis. El médico debe compartir éstas responsabilidades con la familia, la escuela, la sociedad, y la administración pública.

Existen personas que pueden contribuir en mayor grado que él médico a obtener una mayor adaptación final del niño retrasado, sin embargo la aptitud de aquel para comprender al niño en crecimiento, comunicar su conocimiento a los demás y ser realista en favorecer objetivos establecidos, puede contribuir para un factor decisivo. Como consejero de la familia el médico debe conocer de qué recursos dispone la sociedad, ayudar a la familia para emplear los servicios apropiados y quizás, fomentar el establecimiento de servicios que todavía no existen. Entre éstos puede encontrarse la obtención de facilidades especiales para el diagnóstico, programas para la crianza en el hogar, consejos genéticos, centros de guardería infantil y escuelas especializadas durante el día, clases especiales en escuelas públicas y otros centros de diversas recreaciones como: educación religiosa, organizaciones de campamentos y otros recreos, formación profesional, talleres protegidos, centros de empleo especializados, sosten de sus ingresos cuando sea necesario, hogares --- adoptivos y facilidades para los cuidados de urgencia, así como institu-

ciones residenciales.

Se está generalmente de acuerdo en que la mayoría de los niños con retraso ligero o moderado, deben permanecer y ser atendidos en sus casas. A veces pueden producirse importantes trastornos emocionales y de conducta. En estos casos debe pensarse en la posibilidad de trasladar al niño a hogares adoptivos o a la vida en grupo de otra comunidad. El cuidado y sosten fuera del hogar en el caso de los que sufren un retraso más grave, solo debe tomarse en consideración cuando es completamente imposible el cuidado en su casa o si ha demostrado que éste no es eficaz. La decisión de sacar al niño de su hogar debe tomarse bajo la responsabilidad de los padres, pero éstos deben ser guiados y apoyados por el médico. En todo caso depende del estado económico de la familia y de la existencia de plazas y de organización adecuada en las instituciones estatales o particulares, de la reacción de los demás niños de la familia y de la estabilidad emocional de los padres, sobre todo de la madre.

Existen indicaciones difundibles tanto desde el punto de vista médico y genético, como social, económico y moral para la limitación voluntaria del límite de niños en ciertas familias y para el aborto terapéutico en determinadas circunstancias. La esterilización de ciertas personas puede defenderse por motivos genéticos o por la poca aptitud para asumir las responsabilidades de la paternidad. El aspecto legal, los derechos personales y lo que tengan de aceptables éstos procedimientos y sus funciones indicadas están en discusión y sujetos a cambio. El médico tiene una gran responsabilidad en discutir o influir sobre éstos cambios en seno de la sociedad.

Tanto la organización pública, como las organizaciones --
civildanas particulares, han llevado a cabo muchas realizaciones para ob-
tener una asistencia para los retrasados. El médico debe proporcionar --
guía y orientación en las cuestiones de su competencia a ambos grupos, -
de modo que establezcan programas realistas con una adecuada procedencia
para obtener las necesidades más extendidas.

e).- TRASTORNOS DEL LENGUAJE

En la infancia no son raros los trastornos del habla y -- del lenguaje. Su tratamiento requiere de conocimientos de los procesos -- ligados al desarrollo normal de la función de ambos.

DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

El desarrollo de la aptitud para el lenguaje depende de -- un amplio grupo de actividades de muchos sistemas orgánicos. En primer -- grado la audición, necesita un mecanismo auditivo periférico intacto. En segundo grado; la trasmisión del sonido de los órganos de la audición al cerebro y la organización de los impulsos transmitidos para una respuesta el tercer grado es la respuesta verbal, en donde interviene la respira-- ción, la fonación, la resonancia y articulación. Para todas éstas activi-- dades se requiere una integración cortical y neuro-muscular muy complica-- da.

Los procesos que intervienen en el desarrollo del habla y del lenguaje son muy vulnerables, ya que los sistemas orgánicos de los -- cuales depende, tienen funciones biológicas más urgentes que cumplir con la comunicación. Por ejemplo: La función fundamental del aparato respira-- torio es el intercambio de gases, la de la laringe es el control del ai-- re, y la de los articuladores, la masticación del alimento. Estas funcio-- nes tienen primacía con respecto a las de la comunicación ya que el hom--

bre puede actuar bien que imperfectamente sin ser capaz de oír o de hablar, de ese modo, la enfermedad, los traumatismos u otros factores pueden ocasionar una interrupción en la función de la comunicación, ya sea de manera temporal o definitiva.

DESARROLLO NORMAL DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

La maduración del habla y del lenguaje del niño, suele -- afectarse de modo paralelo con la del organismo en conjunto, y sigue un patrón perfectamente previsible hasta la edad de seis años.

Los primeros periodos del desarrollo del habla y el lenguaje reflejan la reciprocidad por parte del niño de los sonidos del habla y se manifiestan por la respuesta que el niño hace a ellas. De los cuatro a seis meses el niño se muestra normalmente capaz de distinguir -- entre los sonidos del habla, comenzando a balbucear aproximaciones a -- cierto número de los primeros sonidos consonantes, sobre todo: m,n,p,b, k,q,t, y d. De los seis a ocho meses se aprende a gozar emitiendo éstos sonidos y debe poner de manifiesto un amplio repertorio de comunicacio-- nes de balbuceo, de estas consonantes con unas pocas vocales como: ba-ba ma-ma, da-da, y gu-gu. Hacia los nueve meses el niño tiene aptitud para distinguir diferentes modalidades emitidas, los cambios de tono que oye en las voces a su alrededor. De diez a doce meses el niño empieza a descubrir algunas combinaciones repetidas con frecuencia proporcionan ciertas consecuencias deseables, a ésta edad por lo menos debe usar de una a tres de éstas combinaciones para obtener alguna finalidad que generalmente es alimento o cuidado.

Entre los doce a dieciocho meses hay un aumento relativo del vocabulario, continuando con un intenso juego vocal y puede aprender a emplear con eficacia una docena más de palabras.

Durante este periodo aprende a andar y a explorar sus alrededores físicos y no le preocupa la producción del lenguaje.

En el momento en que el niño empieza una habla coordinada se hace importante la inteligibilidad, a los dos años debe entenderse de 50 a 60% de sus palabras y frases, mientras se conozca el esfuerzo general para hablar.

A los tres años el niño debe dominar el uso de todas las vocales y consonantes, empenado un promedio de tres palabras para cada intento de hablar, a los cuatro años debe resultar inteligible un 100% y emplear un promedio de cuatro palabras por respuesta. A los seis años de edad la estructura general del lenguaje del niño estable, a esa edad ha dominado todos los sonidos consonantes, ya que la escuela y otras influencias sociales intervienen en la configuración del habla y lenguaje.

Resulta evidente que los años pre-escolares tienen suma importancia para el desarrollo del lenguaje del niño, especialmente en primer año, ya que el desarrollo normal de éstos puede ser la primera guía para otras desviaciones del lenguaje.

CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN DIFICULTAR EL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE

Cualquier circunstancia que perjudique el desarrollo normal al niño en sus aspectos físicos, psicológicos y social puede inte---

rrumpir el desarrollo de la aptitud para el habla y lenguaje. Entre estas circunstancias tenemos las siguientes:

1.- EL RETRASO MENTAL.- Es el factor más frecuente en el fallo del niño para desarrollar normalmente su habla y lenguaje. Ve que un niño retrasado "educable" (CI-50a 70) presenta deficiencia relativamente comparable con niños de inteligencia normal.

2.- PREMATURIDAD.- Puede afectar los niveles de realizaciones preverbales durante el primer año de la vida, pero hacia los dos años de edad suele alcanzar niveles normales.

3.- FUNCIÓN NEUROMUSCULAR.- Como la parálisis cerebral, para der hendido, pueden perturbar profundamente el desarrollo del lenguaje y presentar también problemas de hipernatalidad, articulación o voz inadecuadas.

4.- ENFERMEDAD O LESIÓN GRAVE.- Esta sobre todo durante el primer año, puede retrasar o perturbar gravemente el desarrollo del habla o lenguaje, especialmente cuando requiere una hospitalización prolongada.

5.- DISFUNCIÓNES NEUROLÓGICAS.- Estas son incluso no acompañadas de la incapacidad motora de la parálisis cerebral, pudiendo ir asociadas al retraso del desarrollo del habla y del lenguaje, por ejemplo: la asfixia congénita.

6.- SORDERA.- Cuando es intensa ocasiona siempre trastornos de la comunicación y cuando es moderada y ligera es muy difícil reconocerla, por eso si existe algún problema de comunicación con el niño hay que revisar siempre el oído.

7.- DISFUNCIÓN DE LA LENGUA.- "realmente pocas veces es res--

ponable la lengua de que el habla esté perturbada o no se desarrolle, ya que solamente que exista alguna alteración real de la estructura o -- que presente parálisis.

8.- PROTUCION DE LA LENGUA.- Esto ocurre en los casos que la punta de la lengua se fuerce intensamente entre los dientes incisivos su periores durante la conversación o deglución.

9.- EXCESO DE TEJIDO ADENOIDE.- Ocasiona voz hiponasal pero no dificulta el desarrollo del vocabulario y habla comprensibles.

10.- CIRCUNSTANCIAS SOCIALES, PSICOLOGICAS Y AMBIENTALES.- Si son desfavorables, suelen dificultar el desarrollo del habla y del lenguaje, originandose graves trastornos comunicativos y emocionales, como el autismo y la esquizofrenia.

TARTAMUEDO

El tartamudeo está ciertamente relacionado con factores ambientales y psicosociales, pero existen varios aspectos de éste trastorno que no han sido todavía dilucidados. En el tartamudeo secundario existe un fuerte componente emocional, pero no está demostrado que ello contribuya le cause fundamental, se ha practicado pruebas de las que se deduce que el niño se hace tartamudo por un sistema nervioso con integración menos perfecta, a lo cual se asocian factores ambientales contra -- los que no pueden luchar.

El tartamudo empieza a menudo en el periodo sin afluencia entre las edades de dos a cinco años sobre todo en el varón, ciertos factores psicosociales y ambientales adversos durante éste período pueden prolongar la falta de soltura, hasta que llega a ser una verdadera dis -

fluencia y en ciertos casos tartamudeos secundarios, el consejo que dé el médico a los padres del niño en edad preescolar que se dice que tartamudea, suele consistir en que no haga caso de ello. Sin embargo esta sugerencia suele ser insuficiente ya que puede resultar necesario instruir a los padres acerca de como han de ignorar el defecto. Debe ayudarseles para que traten al niño con normalidad a la vez que entiendan que la falta de fluencia constituye una fase normal del desarrollo y acepten el habla del niño sin acuciarle ni pedirle repeticiones, o demostrar preocupación. Debe presentar plena atención al niño durante sus trastornos de habla, aproximadamente el 99% de los niños pasan a travez de éste período sin fluencia para desarrollar un habla estable, sin tartamudeo, muchos de ellos no llegan a hablar adecuadamente sino se adaptan a las medidas que hemos expuesto.

Cuando el niño ya ha crecido con un intenso tartamudeo secundario es llevado al médico, es conveniente proporcionar a los padres el auxilio necesario en cualquier caso, sin embargo debe hacerse todo lo posible para remitir al niño a un especialista o a una clínica de corrección del habla.

VALORACION Y TRATAMIENTO DE LAS DESVIACIONES DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

Cuando se sospecha de un trastorno de habla o de lenguaje el médico debe responder e preguntas como:
¿ Se está desarrollando dentro del rango normal la aptitud de este niño para el habla y el lenguaje ?.

En caso negativo:

- ¿ Que otros exámenes pondrán de manifiesto la naturaleza del trastorno ?
- ¿ Que tratamiento puede ser necesario ?.

Para responder a éstas preguntas el médico debe adoptar - las siguientes medidas:

- 1.- Obtener una cuidadosa historia de la adquisición por parte del niño de los hábitos del desarrollo del habla y el lenguaje.
- 2.- Determinar mediante las pruebas adecuadas si el oído es normal o deficiente.
- 3.- Determinar los niveles del desarrollo del niño en los aspectos de comprensión, expresión, articulación e inteligibilidad verbal.
- 4.- Establecer una valoración del nivel de la función intelectual del niño.
- 5.- Mediante una cuidadosa valoración física y neurológica , determinar si existe algún defecto orgánico.
- 6.- Efectuar una valoración del ambiente para descubrir algún factor psicosocial de importancia que pueda dificultar el desarrollo para la comunidad.

Además de estos procedimientos de selección bastante generales, el médico pueden encontrar útiles algunos de los siguientes puntos para el desarrollo del habla y del lenguaje como orientación de conjunto para determinar:

- 1.- Si el niño tiene problemas.
- 2.- De que naturaleza puede ser éste.
- 3.- Si debe o no remitirlo a un especialista en trastornos del habla o a un audiólogo, para un examen más detallado.

Si existe alguna de éstas circunstancias, el niño debe -- ser enviado al especialista:

1.- Si el niño no se expresa con un lenguaje inteligible a los dos años.

2.- Si el habla es inteligible en gran parte pasados de los tres años.

3.- Si los sonidos tienen un retraso de aparición de más de un año, de acuerdo con el orden del desarrollo esperado.

4.- Si existen muchas substituciones de sonidos fáciles en lugar de las difíciles después de los cinco años.

5.- Si el niño emplea principalmente sonidos vocales al hablar en cualquier edad después de un año.

6.- Si las terminaciones de las palabras se suprimen sistemáticamente después de los cinco años.

7.- Si el niño está turbado y trastornado por su habla a cualquier edad.

8.- Si el niño es manifiestamente no afluente (tartamudeo) después de los cinco años.

9.- Si el niño deforma, omite o substituye algún sonido después de los siete años.

10.- Si el tono no es apropiado a la edad y sexo del niño.

11.- Si existe una hipernasalidad apreciable o falta de resonancia nasal.

12.- Si existe un ritmo, rapidez o inflexión anormales después de los cinco años.

Puede encontrarse ayuda para los niños con trastornos de

la comunicación en las clínicas de lenguaje u audición, en los centros - de lenguaje de las corporaciones, en los especialistas diplomados en lenguaje o audiología en la practica privada, o en los departamentos de educación especial de las escuelas públicas, también se puede encontrar ayuda en centros de rehabilitación, en las clínicas de salud mental y en -- centros de orientación infantil.

f).- TRASTORNOS GENETICOS

En estudios más recientes de individuos se han relacionado a los números cromosómicos por debajo y arriba de 46, con condiciones intersexuales y otras irregularidades que manifiestan anomalías físicas, reproductivas y mentales.

En la formación de un careotipo, lo primero que debe escribirse es el número total de cromosomas sexuales, seguida por la constitución cromosómica sexual y cualquier aberración autosómica. Por ejemplo:

Un complemento cromosómico de 44 autosomas y un X, se simboliza: 45X. Este complemento se asocia con una mujer de condición anormal conocida como Síndrome de Turner.

Los síndromes específicos que tienden a acompañarse por la deficiencia mental moderada o severa, pueden clasificarse según las siguientes tablas:

1.- ANOMALIAS CROMOSOMICAS

- a).- De los autosomas
- b).- De los cromosomas sexuales

2.- ANOMALIAS DE LOS GENES

- a).- Debido a los genes dominantes
- b).- Debido a los genes recesivos

3.- ANOMALIAS DETERMINADAS POR EL MEDIO AMBIENTE

ANOMALIAS AUTOSOMICAS DE LOS CROMOSOMAS

SINDROME DE DAWN

Sinonimia, Mongolismo, idosia mongoloide, trisomía G, -- trisomía 21, y síndrome de Dawn.

ESPECTRO SOMÁTICO.- El conjunto de los rasgos somáticos - del mongoloide es tan típico que el diagnóstico clínico puede realizarse de visu, sin error en casi la totalidad de los casos.

CRANEO.- Braquicefalea

OJOS.- Epicantro, pliegue cutáneo semilunar que sobrepasa los bordes de los párpados, oblicuidad parpebral (mongoloide), manchas iridíacas de Brushfield blancas o amarillentas de un milímetro de diámetro.

NARIZ.- Hundida en la raíz

Boca.- Labios gruesos, lengua escrotal y dientes anómalos

PELVIS.- Disminución de los ángulos ilíacos y acetabular

DESARROLLO GENERAL.- Hipotonía, retraso estatuponderal, - consciente intelectual de 40-45, habitualmente con límites de 25-75.

VARIOS.- Susceptibilidad a infecciones y leucemia

La mayoría de los niños con síndrome de Dawn, tienen 47 - cromosomas y es trisomía para un cromosoma del grupo G, arbitrariamente se le designa con el cromosoma número 21. El cromosoma número 21 adicional se supone consecutivo a una no disyunción durante el proceso meiótico en el gameto de los progenitores, por lo general de la madre. Las teorías acerca de las causas de la no disyunción cromosómica en el síndrome

de Dawn se centran en los efectos del lóbulo del envejecimiento, la radiación y los trastornos tiroideos. Ha podido observarse una constelación de nacimientos de niños con síndrome de Dawn en relación con epidemias de hepatitis infecciosa y de rubeola; estas asociaciones no han podido ser confirmadas, aunque se sabe que los virus producen roturas cromosómicas, no existe evidencia de que vayan a producir un estado aneuploide in vivo. Se ha comunicado que las madres jóvenes con niños afectados de síndrome de Dawn, presentan una mayor frecuencia y un título más elevado de anticuerpos contra la tiroglobulina en sus sueros que en otras madres de control con descendientes normales. Se desconoce el significado de estos hallazgos en relación con la aneuploidía.

Un grupo más reducido de pacientes con síndrome de Dawn tienen 46 cromosomas y presentan una traslocación cromosómica.

Las traslocaciones en el síndrome de Dawn son principalmente 2 tipos: 1).- Las de los grupos D y G, designados como traslocación D/21 y la segunda los del grupo G, designados como traslocaciones G/21. El término G/21 identifica una traslocación 21-21 ó 21-22; éstas pueden ser diferenciadas a través de estudios de la familia.

Las traslocaciones se clasifican además en:

1.- Hereditarias, es decir, pueden ser identificadas en un padre fenotípicamente normal, esta es la persona con traslocación equilibrada o normal equilibrada.

2.- Esporádicas o de Novo, es decir, los padres poseen genotipos normales y se supone que la traslocación ocurrió en un gameto de uno de los padres y representen un fenómeno mutacional nuevo. Es importante para el asesoramiento genético poder identificar la traslocación

ción hereditaria o esporádica; las traslocaciones hereditarias llevan consigo un mayor riesgo de residiva, mientras que las esporádicas presentan una tasa de residiva baja.

ETIOLOGIA DEL MONGOLISMO

Durante muchos años, el único hecho evidente reconocido en relación con la etiología del mongolismo era la relación con la edad materna. Los mongoles suelen nacer de madres hacia el final de su vida reproductiva, aunque pueden nacer de madres de cualquier edad.

Este pequeño pico se debe probablemente a la tendencia general entre las mujeres a tener más hijos en este periodo de edad que en otro momento de su vida reproductiva.

El mayor problema es eliminar el efecto de la edad materna, que en sí misma esta relacionada con el orden de nacimiento. Sobreviene entonces el problema de encontrar una muestra no tendenciosa de mongólicos y equilibrarla con otra muestra tampoco tendenciosa de controles. Debido a que es reprobable que los primeros hijos nacidos, lo hagan en el hospital que no los que nacen en último lugar, las muestras hospitalarias del niño pueden no ser satisfactorias y como los mongólicos tienen una mortalidad mayor que los niños normales inmediatamente después del nacimiento y en los primeros años.

Otras teorías etiológicas, incluso la infección por sífilis, tuberculosis, el alcoholismo paterno, contraceptivos químicos o una diátesis familiar de trastornos psiquiátricos, deficiencia mental o epilepsia, etc.

SINDROME DE KLINEFELTER

Se presentaba en varones y se caracterizaba por ginecomastia, azoospermia con presencia de células de Lydig, y aumento de la excreción de hormona foliculoestimulante. En aquel momento no se disponía de las técnicas actuales para examinar el cariotipo o determinar el sexo nuclear, por lo que no pudieron usarse hasta más tarde. Algunos enfermos con estos caracteres clínicos tienen un complemento autosómico y gonosómico normal, con un par XY y a menudo son cromatín negativo. El resto de las enfermedades son cromatín positivo. Generalmente tienen un complemento sexual XXV, haciendo mosaicos con otras células, que generalmente tienen un complemento sexual normal XY. A veces hay una mayor polisomía de los cromosomas sexuales con múltiples cromosomas X, tal vez 3 ó 4, además del cromosoma Y. En estas polisomías los caracteres clínicos suelen ser más marcados y las personas pueden ser subnormales mentales profundas. Basándose en el complemento cromosómico sexual, se han distinguido dos tipos principales de la enfermedad: Por una parte el verdadero síndrome de Klinefelter cromatín positivo y por otra parte el falso síndrome de Klinefelter cromatín negativo.

En relación a la incidencia, la revisión del sexo nuclear entre los recién nacidos ha demostrado que entre los nacidos varones vivos se encontró un cromatín positivo por cada 490.

Este es una valoración que abarca todos los casos de cromatín positivo en el varón. Si se considera solo el cariotipo XXV, su frecuencia entre los varones nacidos vivos, parece que sería del orden de 1 por cada 600 (Polonia 1966). De las revisiones mencionadas anterior-

mentos, solo en la revisión de Eduburh de Maclean y Cole (1964), se estudiaron los complementos cromosómicos sexuales de los niños anormales. -- Los síntomas adultos mas obvios en el síndrome son: Agenezia ovarica, de sarrollo incompleto o falta de los ovarios, estatura corta, orejas de baja coloración, hipoplasia, formación anormal de las mandíbulas, torax escudriforme. Las secciones microscópicas de los ovarios de los pacientes-adultos muestran que todo lo que se encuentra en ellos son trezas fibrosas de tejido. Los síntomas asociados con el síndrome de Turner pueden reconocerse en los infentes. A pesar del enanismo y otras deformaciones-las anomalías psicológicas parecen menos comunes en el síndrome de Kling felter.

ANORMALIDADES DETERMINADAS POR GENES DOMINANTES

EPILOIA

Los genes dominantes que producen una severa anomalidad-en las primera épocas de la vida, se extinguen mediante un proceso selectivo antes de que puedan trasmitirse a la próxima generación. En tales casos, solo se verán cuando son producidas originalmente por la mutación y puede ser muy difícil establecer que tal condición se base en una anomalidad genética. El grado de dominación del gene mutante puede reducirse de modo tal que se orienta hacia la resicividad en una etapa inmediata de penetración reducida; manifestación que puede postergarse hacia -- las últimas etapas de la vida, o sus efectos pueden tornarse moderados.- Así es que los efectos producidos por genes patógenos dominantes, t...

den a ser más moderados y variables, y a menudo de manifestaciones tardías, que aquellos genes recesivos.

Entre la patología que determinan los genes dominantes, - hay un número de condiciones óseas, tales como el hipertelorismo y la -- acrocefalia, solo una proporción de estos padecimientos en los pacientes son mentalmente deficientes, y el grado de defecto es variable. Lo mismo se aplica a la epilola (esclerosis tuberosa más frecuente).

Entre los deficientes, no más del 0.5% sufren epilola.

Los síntomas básicos son la deficiencia mental desde el nacimiento, la epilepsia y el adenoma sebáceo del rostro, que forman la típica "erupción de arriposa", al rededor de la nariz, las mejillas, mentón y la frente.

La alteración histopatológica más frecuente e importante es la presencia de múltiples nódulos de tejido glial (celulas de neuroglia e-glia, pegamento), con celulas nerviosas indiferenciadas en una distribución muy amplia, incluyendo la corteza cerebral. Hay a menudo otras -- anomalías de la piel, fibromatosis y nevus, tumores en el riñon, el cora-- zon, la retina y otros órganos. El grado de deficiencia mental es regularmente severa por lo general, y puede sobrevenir un deterioro progresivo. Se han descrito las psicosis con síntomas catatónicos.

ANOMALÍAS DETERMINADAS POR LOS GENES RECESIVOS

A diferencia de los genes dominantes, los genes recesivos están protegidos por la selección natural, hasta un grado que es proporcional a su raza.

A esta clase de anomalías pertenecen la mayor parte de -- las insuficiencias metabólicas congénitas, cada una con su deficiencia - enzimática específica.

FENILCETONURIA

Es un defecto genético del metabolismo de la fenilalanina el cuál la manifestación más importante es un retraso mental. Este trastorno fué descubierto por Folling en 1934, y se le dió el nombre de oligofrenia fenilpirúvica, denominación que ha caído en desuso. La fenilalanina, que se encuentra en todas las proteínas naturales, se acumula en la sangre en concentración anormal al faltar la enzima fenilalanina hidroxilasa, que normalmente se convierte en tiroxina. Cuando estas concentraciones anormales de fenilalanina y otros metabolitos persisten en la sangre, se produce casi siempre lesiones del cerebro que se está desarrollando. No se conoce claramente el mecanismo bioquímico mediante el cuál se producen dichas lesiones.

La Fenilcetonuria se trasmite mediante un gen recesivo autosómico. Aproximadamente una de cada 50 personas es un portador heterocigotó asintomático que no puede ser identificado con seguridad, aunque pueden ser útiles las pruebas de sobre carga de Fenilalanina.

El niño afectado por este trastorno que no recibe tratamiento puede presentar manifestaciones clínicas de detención del desarrollo del cerebro a los cuatro meses de edad, y eventualmente puede aparecer el cuadro clásico, típico del niño con retraso moderado o grave conducta esquizoide. Estos niños son más rubios que los hermanos que no

sufren el trastorno, tienen ojos azules, un olor parecido al moho y tendencia a las lesiones cutáneas enzimáticas ceborreicas. No existen alteraciones neurológicas definidas, aunque muchos de estos niños son hipertónicos o hiperactivos, presentan una conducta asocial.

Los niños con fenilcetonuria parecen normales en el nacimiento y durante el periodo perinatal. Los niveles de fenilalanina del plasma son normales inmediatamente después del nacimiento (0.4 a 2 mg. - sobre 100 cm³.), y la fenilalanina no aparece en la orina hasta que los niveles en plasma llegan a unos 30mg. por cada 100 cm³ ó más durante el periodo neonatal. Al final de la primera infancia y a partir de ésta época, el ácido fenilpirúvico puede aparecer en la orina cuando los niveles de fenilalanina en el plasma sobrepasan de 15mg. por 100 cm³. En este momento a empezado la lesión cerebral que probablemente alcanza al máximo cuando llega a los dos o tres años de edad. De aquí que el tratamiento dietético deba empezar tan pronto como pueda establecerse el diagnóstico después del nacimiento. Aunque el nivel hemático de fenilalanina sube rápidamente hasta cifras importantes a los pocos días del nacimiento, la aparición de ácido fenilpirúvico en la orina del niño afectado, puede ser algo más tardado.

Se emplea ampliamente en los recién nacidos una prueba de selección: El método de Guthrie de ensayo de la inhibición bacteriana para demostrar niveles séricos anormales de fenilalanina en los recién nacidos. Para efectuarlos se requieren algunas gotas de sangre capilar; las concentraciones plasmáticas de fenilalanina es posible que no presenten una elevación importante hasta los días terceros a sexto de la vida o hasta que el niño haya recibido proteínas en la dieta durante 24 a 48h.

Cuando esta prueba indica un nivel elevado o cuando a cualquier edad la reacción en la orina es positiva, debe determinarse químicamente la concentración de fenilalanina en el plasma antes de que pueda darse por establecida el diagnóstico de fenilcetonuria. Los neonatos que dan resultados negativos deben volver a ser examinados mediante una prueba de orina a la cuarta o sexta semana después del nacimiento.

Debido a la maduración tardía del sistema de oxidación de la tiroxina muchos prematuros y en ciertos casos algunos nacidos a término, tienen valores séricos de fenilamina ligeramente elevados, por lo general en un rango de 5 a 15 mgs. por cada 100 cm³. Estos niños también presentan concentraciones elevadas de tiroxina en el suero y de ácido para hidroxifenilacético en la orina. La administración de ácido ascórbico en la tiroxinosis, que es un trastorno hereditario del metabolismo de la tiroxina. Por lo general, las concentraciones elevadas de la fenilalanina en la sangre de los niños y los adultos se acompañan de retraso mental.

Todos los niños a los cuales no se imponen resistencias dietéticas deben examinarse sistemáticamente, con valorizaciones de desarrollo y repidos exámenes de orina y sangre, para asegurarse de la conveniencia de continuar sin tratamiento. El objetivo de la dieta es evitar o reducir al mínimo el daño cerebral en los niños susceptibles.

La iniciación del tratamiento en una edad más adelantada, pero antes de los 2 ó 3 años, puede reducir los progresos del daño cerebral. No parece producirse mejoría en la capacidad mental, en niños fenilcetonúricos de más edad mediante el empleo de estas dietas. Sin embargo, el descenso de las elevadas concentraciones de fenilalanina o de sus

metabolitos en estos niños, obtenidos mediante las medidas dietéticas , produce a menudo una mejora de lapso de atención del número de excesivas o modificaciones en el retrasado electroencefalográfico.

Más difícil que el tratamiento dietético es la presencia de los problemas emocionales derivados de las restricciones dietéticas y de las costumbres normales y anormales de comida. Pocas veces o nunca se logra el mantenimiento de éste control dietético sin que se produzcan dificultades psicológicas, y es comprensible que los padres de estos niños necesiten sostén y guía persistente.

El nacimiento del niño mentalmente retrasado sin fenilcetonuria de madre fenilcetonurica, indica que daño cerebral del feto puede ser debido al bajo transplacentario de cantidades elevadas de fenilalanina procedentes de la circulación materna. Esta observación constituye una recomendación para descubrir a las mujeres embarazadas fenilcetonúricas y para mantenerlas en una dieta pobre en fenilalanina durante la gestación, no se ha ideado por desgracia una dieta apropiada.

OTRAS AMINOACIDURIAS

Wool (1961), ha estudiado las condiciones asociadas a la aminoaciduria, muchas aunque no todas, están asociadas a la subnormalidad mental.

ENFERMEDADES DEL JARABE DE ARCE

Descrito por Menkes, Hurst y Craig (1954), se observa un alto nivel de leucina, isoleucina y valina en sangre y orina. Las condi-

ciones parecen estar determinadas por un gen autosómico recesivo.

Hay una severa subnormalidad con degeneración cerebral, y muchos niños afectados no sobreviven más que unos pocos meses. Sin embargo la administración temprana de una dieta pobre en los tres aminoácidos señalados, previene. Según Hait y Solegas (1960) la degeneración cerebral.

SINDROME DE HARNUP

Las principales características son: un síndrome palagiforme con subnormalidad y ataxia cerebelosa episódica. Se hereda como autosoma recesivo y tiende a mejorar con el tiempo.

GALACTOCEMIA

En esta condición se hereda como un recesivo mendeliano - la capacidad metabólica mental está referida a la conversión de la galactosa en glucosa, debido a la ausencia de la enzima uridil transferasa.

El recién nacido parece normal, pero pocos días después - del nacimiento comienzan los vómitos y de ahí en adelante, la mayoría -- del bebé se detienen y hacen su aparición la hepatomegalia, la acitís y el edema. La muerte es el resultado de la consecuencia y de la desnutrición, mientras que en los supervivientes son comunes la atrofia, las cataratas y el retraso mental.

SINDROME DE LAURENT MOON REIDEL

Este síndrome puede atribuirse a un gen recesivo y sus resultados son muy constantes. Produce una torpeza desde la infancia de tipo menos severo, una rinitis pigmentosa que conduce a una oclusión defec tuosa y una polidactilia de las extremidades inferiores y superiores. -- Además están presentes con frecuencia la obesidad y la hipogenitalia.

IDIOSIA FAMILIAR AMAUROTICA (SINDROME DE TAY SACHS)

Esta es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, debido a un gen recesivo. La enfermedad puede comenzar en los primeros meses posteriores al nacimiento, y su desarrollo es perfecto -- hasta el comienzo de la enfermedad. Los principales síntomas son: La detención del desarrollo mental, la debilidad muscular y la amaurosis que aparece al mismo tiempo.

CRETINISMO

Solo puede conjuntarse una etiología endócrina en el niño cretino que aparece como normal en el momento del nacimiento, y los primeros signos de anomalía aparecen hacia los seis meses de vida. Él en fermo no crece, tiene un color gris amarillento y parece lento y apático en sus reacciones; en algunos casos ni siquiera chupa del pecho o bibe-- rón, no sonrío y su respiración es ronca y su llanto muy peculiar. La -- piel de la cara es laxa y arrugada, aparece una hinchazón en los párp-- dos, labios, manos y piel, así como en la nuca. La temperature corporal es subnormal y se detiene el desarrollo mental y físico. Los cretinos --

tienen una gran mata de pelo espeso y negro encontraste con los con los niños que sufren mixedema adquirido, cuyo cabello es fino y escaso (banda).

Otras condiciones asociadas a la deficiencia mental es -- que en los antecedentes individuales fueron señalados como provocados -- por genes recesivos, incluyendo la microcefalea, la displasia cerebral, la sordomudez, y el cretinismo, pero en todos estos síndromes los casos genéticos son los que probablemente predominan.

ANOMALIAS DETERMINADAS POR EL AMBIENTE

HIDROCEFALIA

La hidrocefalia es uno de los síndromes más comunes que pueden determinar esta etiología, en especial las infecciones intracranianas.

Puede deberse a la obstrucción de la salida del líquido cefalorraquídeo desde los ventrículos y a un déficit de absorción de --- aquel. Es frecuente que ocasiona deficiencia mental, especialmente si se presenta en una edad temprana. Puede deberse a una sífilis congénita o a otras formas de meningitis, pero muchos autores creen también que puede ser causada por anomalías del desarrollo. A medida que crece el niño la cabeza aumenta gradualmente de tamaño, mientras que los hemisferios se alargan, aplastan y sufren atrofas. La parálisis de los miembros, la sordera, y la ceguera son complicaciones frecuentes de la hidrocefalea, lo mismo que la epilepsia. Los defectos hidrocefálicos, en los cuáles el

proceso se ha detenido son simplemente débiles mentales y puede enseñarseles fácilmente un trabajo simple. Puede haber también hidrocefálea interna, en los microcefálicos existen grados moderados de hidrocefalia -- compatibles con una inteligencia normal.

En algunos deficientes se vé a veces otras deformaciones del cráneo, pero su relación con el estado mental es dudosa. Esto puede suceder especialmente en la oxicefalia (craneo en torre), que puede llevar a la ceguera y se encuentra combinada con alguno de las veces en sinostosis de los dedos de las manos y de los pies.

P.H. INCOMPATIBLE

Esta condición puede formar parte de las deficiencias determinadas por el ambiente, ya que no hay una anomalía genética en la madre ni en el niño, sino simplemente una incompatibilidad antigenética entre los dos.

III

CONDUCTA A SEGUIR Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El niño incapacitado presenta problemas y necesidades específicas. Los defectos o debilidades asociadas puede requerir de los esfuerzos rehabilitadores y los conocimientos de diversos profesionales.

Los niños incapacitados pueden aprender lo que se espera de ellos en el sillón dental, si el dentista dedica el tiempo necesario a determinar los medios de comunicación apropiados. No se requiere equipo complicado o estudio extenso, solamente comprensión y apreciación de los problemas individuales del niño.

a).- PSICOTERAPIA O ENTREVISTA CON LOS FAMILIARES
O PERSONAS QUE LO ASISTEN

Para hacer psicología, para verla y mejorarla, lo primero que se necesita es comprensión. Simplemente ser capaz de comprender al individuo humano como tal, hay una parte en el enfermo, difícil de sistematizar que nunca conocemos exhaustivamente, que desafía nuestra capacidad mental pero que no es menos real. Y ésta parte no es la cavidad oral ni el tercer molar incluido. Es la persona, una persona que sufre, que siente y padece.

La psicoterapia es ésto: Hace psicoterapia el médico que escucha sin interrumpir, que permite el desahogo y es capaz de cargar un poco con él. Y por lo demás, tampoco se necesita un diagnóstico científico, es posible dejar hablar al enfermo.

La enfermedad de un niño es una experiencia emocional --- traumática, tanto para el joven paciente como para sus padres. Nunca carece de repercusiones en las relaciones entre los familiares, aunque el niño sea el paciente, ambos los padres y el niño deben comprender la enfermedad y su tratamiento, si ha de conseguirse el éxito terapéutico.

Es significativo que el niño enfermo, aunque no se encuentre bien, rara vez aprueba al médico por propia voluntad, para que alivie su mal, corrientemente, vá al profesionalista solo bajo la presión de sus padres, como prisionero se resiste y muchas veces es beligerante. --

Esto es señal de normalidad emocional, más que de problema de conducta.

En el mundo del niño, en que todo es bueno o malo, resulta muy difícil que el odontólogo llegue a abrirse camino, pero una vez - que el desafío ha sido honradamente aceptado y se ha ganado la batalla, el premio, la amistad, y la fé del niño son algo que compensa su esfuerzo. Si el paciente ha puesto estas relaciones en un plano muy personal, el médico tiene que hacer lo mismo. No viene a tratar una enfermedad, si no a tratar a un niño que está enfermo. A éste, por tanto se le ha de -- considerar como un todo o individuo total. Un producto compuesto de un - pasado hereditario, emocional o psicológico, y socioeconómico. No puede- separarsele al niño de su enfermedad e ignorarle, si se quiere hacer un diagnóstico completo y exacto, ni se le puede ignorar, ni separarsele de su tratamiento, si se quiere obtener un resultado terapéutico óptimo.

En consecuencia, el médico debe procurar la cooperación - activa del niño, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento. La coo peración activa del enfermo es a veces muy difícil y muchas veces imposi- ble de conseguir. Si es incapaz de obtenerla el profesionista debe por - lo menos esforzarse en conseguir su cooperación pasiva.

Teniendo esto en cuenta, el médico se acerca al enfermo - buscando un aliado para sú próximo encuentro con el paciente. El aliado- más lógico y también muy necesario, es el paciente adulto más próximo; - generalmente la madre, quien por fortuna, asocia al médico con el poner- se bueno. La madre puede ser de gran ayuda en muchos sentidos. Provee al odontólogo de datos necesarios en relación con el comienzo de la enferme- dad, su duración, los síntomas y la historia previa como ella lo recono- ció.

Algunas veces el profesionalista, después de valorar la personalidad de la madre y sus relaciones con el niño, juzga oportuno explorar a éste sin la presencia de aquella en la habitación. Si se invita a la madre a permanecer en el consultorio deberá estar quieta y evitar toda conversación con el niño o con el equipo odontológico. Es injusto que el niño pueda concentrarse con indicaciones provenientes de más de una fuente. Los únicos que conversarán será el odontólogo y el niño; y aquel debe mantener el control de la amplitud y el tópico de la conversación en todo momento. El niño siente la falta de atención hacia él, cuando el dentista mantiene con la madre una conversación no relacionada a la situación. Su respuesta a esa desatención puede asumir la forma de una rebelión o de un llanto.

La historia que el odontólogo obtenga en su primera visita debe ser muy completa porque es una parte muy necesaria en su valoración total del niño, ha de servir de base para su tratamiento. Como dijimos anteriormente la madre o el pariente más cercano son la primera fuente de datos. Para obtener buenos resultados el dentista deberá hacer sentir a dicho familiar que se interesa tanto en su problema, como la madre de un niño enfermo, como por el mismo niño, no basta con mostrar interés por la enfermedad sola. Este es el primer paso de las relaciones entre la madre y el odontólogo.

El dentista debe prestar atención a lo siguiente:

1.- LA QUEJA PRINCIPAL.- Una formulación simple según las palabras de la madre, de los signos y síntomas de la enfermedad.

2.- LA ENFERMEDAD ACTUAL.- Aquí se pondrá especial cuidado en la fecha exacta del comienzo y en el desarrollo subsecuente.

3.- ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIO ECONOMICOS.- Esta parte de la historia es importante para conocer el medio ambiente del niño.

4.- ANTECEDENTES PERSONALES.- Los factores prenatales, si el paciente es un infante ó un niño joven, pueden ser muy importantes.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ENTREVISTA SEGUN BROUNER (1959)

EL PASADO Y LAS ACTIVIDADES DEL PACIENTE

Habrá una cantidad de factores relacionados con el paciente y con su experiencia odontológica, pasados que el odontólogo querrá conocer lo más pronto posible en su contacto con él mismo.

Ante todo, es de suma importancia averiguar las circunstancias bajo las cuales llega el paciente al dentista.   Por que viene en este momento ?.

En cuanto a la expectativa de actuar del paciente, es importante saber como llega a uno.   Quién lo envi  ?. Otro terreno en que es útil explorar lo que el paciente espera es lo referente a lo que estima que se modificar , su aspecto y como podrá ello afectar su imagen corporal. Un factor así adquiere mayor significación en la persona más perturbada emocionalmente, que también podrían no demostrar superficialmente esa perturbación.

Otro terreno que también es preciso indagar es el de la actitud del paciente respecto al trabajo odontológico.

En cuanto a los niños es importante conocer cuanto antes la actitud de los padres respecto a la situación odontológica. Con el --

adolescente es importante no tratar por separado con uno o con ambos padres, sino incluir al jovencito directamente, en relación con el plan de tratamiento. Los adolescentes en términos generales, tienen sentimientos muy contradictorios sobre los adultos. El adolescente lucha más con otra clase de sentimientos internos, por su parte quiere ser y quiere actuar como alguien ya crecido e independiente, y por otra parte se comporta como si fuera un muchacho menor. El dentista debe tratar directamente con el joven transmitiéndole la impresión de que comprende las ideas, reacciones y sentimientos del adolescente que son importantes.

EL PASADO Y LAS ACTITUDES DEL ODONTÓLOGO.

De parte del dentista hay factores que influyen en la primera entrevista y en el establecimiento de una buena conexión, sobre los cuales podría aprender a tener conciencia y algún dominio.

Tiene importancia primordial el grado en que el odontólogo sepa claramente a quién tratará y a quién no. Cuanto más clara sea -- más probablemente será que evite las relaciones difíciles en el tratamiento. En otras palabras, es importante para él que se conozca así mismo lo mejor posible. ¿Deben gustarle todos sus pacientes?, sabemos que no es posible gustar de todo el mundo, pero para algunos individuos es muy arduo admitir esto y procurar negarlo o no se permite tomar conciencia de este hecho. Otra consideración que el odontólogo debe enfrentar interiormente es hasta donde puede seleccionar. Un dentista que se inicie en un nuevo consultorio podría no estar en condiciones de ser demasiado selectivo, por razones financieras, como quien ya estuviera bien estable

cido en su practica profesional.

Un segundo grupo de factores que podrian influir muchisimo en la entrevista inicial tiene que ver con la cantidad en que el odontólogo le explique al paciente como trabaja, su concepción de tratamiento y su método para estimar los honorarios.

Otro factor es la medida en que la involucración personal del dentista le impida una visión objetiva del paciente y de sus necesidades odontológicas. Podría sentir un desaffio en la oportunidad de tener éxito donde otro profesionista fracasó.

EL MEDIO AMBIENTE

Los procedimientos del consultorio son importantes. Al paciente no se le debe hacer esperar, si fuera inevitable una demóra se deberá dar una explicación. El medio físico tiene que ver con la forma en que establezca la conección, con la forma en que se lleve a cabo la entrevista. Podrá haber juegos o revistas de niños, con el fin de que se percate que es tomado en cuenta. Así podrá aceptar más prontamente un conocimiento de su odontólogo, podrá liberar más prontamente y facilmente sus temores, angustias y suposiciones.

PROCEDIMIENTOS DEL EXAMEN

Es importante registrar cuidadosamente la historia médica y odontológica pasada, los resultados de los test de aptitud mental ó psicológica que puede haberse realizado, y la información referente a --

las drogas que el paciente puede estar tomando de rutina.

Una vez terminado el interrogatorio de la madre, le toca el niño, quien en este momento, se habrá acostumbrado ya a la presencia del dentista.

La exploración física se hará tan agradable como sea posible, conviene que al iniciarla, el odontólogo haya establecido ya una corriente de simpatía entre él y el enfermo. Debe acercarse al niño con modales naturales y tranquilos. Su voz sea suave y amable. La afectación en el lenguaje lo notan en seguida los niños y no les gusta. Si el niño no coopera inmediatamente en la exploración, el dentista no rebelará en absoluto ningún signo de irritación. Si el enfermo quiere ver alguno de los instrumentos empleados, se le debe permitir.

En el caso de que un niño muy pequeño llegue, se consigue muchas veces disminuir su temor empleando antes un instrumento en un muñeco o en la madre. Una breve descripción técnica del uso de los instrumentos puede atraer el interés de los niños mayores. Se le puede permitir al niño que lo use el mismo. Habitualmente se permite a la madre permanecer en la habitación durante el examen inicial, para permitir al profesionalista presentar y comentar lo que encuentra. El examen se efectúa con ayuda de un espejo y de un explorador. Si el paciente está afectado de parálisis cerebral y tiene espasticidad de los músculos masticadores, puede ser aconsejable un abre bocas. El examinador debe explicar al niño de manera firme y positiva qué hará durante el examen, en términos que pueda entender. Durante el examen puede resultar necesario restringir al niño debido a sus movimientos atetósicos. La correcta posición del sillón y del operador, se puede controlar el movimiento para permitir el -

exámen, mientras hace el exámen (exploración), puede hacer ruidos agradables como besar ó chasquear la lengua, para divertir al niño pequeño. En todas muchas veces aprecian bastante las observaciones y elógios como del color de su pelo, del tamaño de sus músculos o de la blancura de sus dientes. Los niños mayores generalmente aceptan bién las bromas, acertijos-trucos o preguntas sobre sus entretenimientos preferidos o sus proyectos para el futuro. El dentista debe procurar colocarse a la altura del paciente, pero no debe ofender la inteligencia del niño mayor, colocandose a la altura inferior de la suya. Siempre debe evitarse el ridiculizar -- cualquier acción del paciente. Algunos niños no harán caso de los intentos del odontólogo en entablar conversación, si así ocurre ese debe darse por satisfecho con una cooperación pasiva, y hará la exploración -- mientras vá hablando de un modo casual con la madre de temas agradables e intrasendentes. El exámen debe trascurrir con la mayor rapidez, si bién nunca se dará la impresión de que se tiene prisa o impaciencia.

Si el niño llora, a pesar de todos los esfuerzos por calmarle, el dentista hará la exploración con paciencia y simpatía, en la esperanza de tener otro día la cooperación del niño. La madre ayudará al profesionalista sujetando al niño, cuando sea necesario.

Durante el exámen el dentista puede notar anormalidades -- periodontales, caries, malos oclusiones y bruxismo extremo. Todas estas comprobaciones deben anotarse devidamente a la ficha para permitir una evaluación completa del estado de la boca.

No debe instituirse ninguna terapia dental antes de hacer un diagnóstico y plan de tratamiento completo. Un diagnóstico adecuado -- para un paciente normal no puede logarse con seguridad sin el beneficio-

de un estudio röntgenográfico y el niño impedido no constituye la excepción. Los estudios preliminares antes de planear ningún programa de tratamiento debe incluirse por lo menos röntgenogramas bitewin, suplementados por las tomas periapicales que puedan estar indicadas. Mientras se exponen los röntgenogramas, si el paciente no coopera por sí mismo, el operador ó una asistente puede sostener la película firmemente, pero solamente si se provee protección de los rayos emitidos por el aparato. La protección adecuada se logra por medio de delantales y guantes forrados de plomo.

Durante el intento de examinar algunos niños, resultará evidente que el acercamiento descrito no es practico. El dentista puede entonces considerar las posibilidades de la premedicación y sedación del paciente para permitir el tratamiento en el consultorio, o en realizar la tarea en la sala de operaciones de un hospital con el paciente bajo la influencia de un anestésico general.

Al concluir tanto su historia como su exploración bucal, estén en condiciones de explicar al diagnóstico y el tratamiento a los padres y al niño.

Al detallar la enfermedad y sus consecuencias a los padre el dentista dirá la verdad sin exageraciones y expanda conocimientos médicos en la medida que no se produzcan confusiones ni falsas conclusiones. Los hechos que el profesional comunique a los padres habrán de ser distintos de los que comunique al niño. Por tanto, el dentista limitará su explicación en presencia del niño a los hechos que desee que este conozca. El niño querrá enterarse de todo, es el enfermo y la enfermedad es suya, tiene derecho a preguntar al odontólogo y merece que se le con-

teste en terminos que pueda comprender. Se le dirá lo que el dentista -- cree que debe saber, solo de este modo podrá el profesional obtener del niño la cooperación activa que tanto necesita para obtener resultados terapeuticos optimos.

Cuando sea necesario hospitalizar al niño es menester un gran cuidado en la manera de llevar los casos. El separarle de sus padres a quienes vuelve en busca de su principal apoyo, necesariamente aumentan sus sentimientos de inseguridad y de congoja. Por lo tanto, la hospitalización solo se indicará cuando sean imperativos otros estadios, un tratamiento más complicado ó una operación quirúrgica que no puedan ser realizados en el consultorio. Debe hacerse todo lo posible por disminuir el impacto emocional y los sentimientos de inseguridad asociados a la separación de sus padres. Hay que decirslo al niño unos días antes de emprender el trabajo. Si se le dice con gran preocupación; si no se le dice en absoluto o se lleva con falsos pretextos, se perderá su confianza tanto en sus padres como en el dentista. El dentista y los padres hablarán del hospital con tranquilidad, de modo agradable, con toda naturalidad. Cuando haya que intervenir quirúrgicamente, si es posible, la madre estará con el niño todo el tiempo antes de comenzar la anestesia e immediatamente después de recuperar la conciencia.

Al odontólogo incumbe no solo en tratamiento y la asistencia del niño, sino también atender a los padres que se enfrentan con problemas psicológicos del medio, creados por la enfermedad de su hijo. El dentista por lo tanto, tendrá pericia para diagnosticar y tratar al niño y capacidad para establecer con éxito relaciones psicológicas con el paciente y con sus acongojados padres.

El papel que ha de desempeñar es difícil, no ha de ser paternal ni demasiado íntimo, ligeramente objetivo. Será un consejero amigoso y comprensivo que dé su consejo y sus conocimientos médicos al paciente y a los padres angustiados, de forma tal que le haga sentir que está con ellos como colaborador en el proceso de la curación de su hijo. Hay que rebustecer las relaciones padre-hijo, que tienen la máxima importancia para la seguridad de este último.

En su conducta no debe ser dominante ni retraído, debe -- apoyar lleno de comprensión, tanto médica, como psicológicamente al niño y a sus padres. Solo de este modo conseguiré que conozcan y asuman su -- responsabilidad en los problemas de la enfermedad. Con ello, tanto los -- padres como el niño serán capaces de afrontar mejor y con mayor adecuación las futuras vicisitudes de la vida.

b).- CONTROL MEDICO PSIQUIATRICO

Para obtener un diagnostico adecuado y válido es necesario que el niño sea explorado, por representantes de diversas disciplinas logrando el concenso de diversos miembros respecto al niño para llegar a tomar una decisión final.

A continuación se enumerará las diferentes disciplinas -- mencionadas por Cruickshank, en las que el niño deberá ser examinado para lograr así información suficiente que facilitará a los padres y educadores el trato con el mismo.

- 1.- Cuestionario de la historia socio-económica
- 2.- Exámen pediátrico general
- 3.- Exámen neurológico pediátrico
- 4.- Exámen de la audición y lenguaje
- 5.- Exámen paidopsiquiátrico
- 6.- Exámen psicológico clínico infantil
- 7.- Exámen oftalmológico y optométrico
- 8.- Evaluación pedagógica.

El diagnóstico se va a establecer bajo los siguientes puntos:

- 1.- EL PROBLEMA.- Es decir la descripción detenida del problema que presenta el niño.
- 2.- HISTORIA FAMILIAR.- Este punto debe de contener informa-

ción de los abuelos, padres, hermanos en contacto al estado físico, mental, emocional, social y económico, en general datos de importancia de los mismos.

3.- ANTECEDENTES FAMILIARES.- Aquí se refiere a los antecedentes de los padres y hermanos, con respecto a la educación (trabajo que desempeñan), de cada uno de ellos, edad, tipo de personalidad, desarrollo de los primeros años de vida hasta la fecha, datos que son importantes e indispensables y que serán útiles para el establecimiento del diagnóstico, es importante saber la opinión que tiene con uno de ellos sobre el problema del niño.

4.- HISTORIA MEDICA DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO.- La madre deberá hablar del número de embarazos a término, al igual que el número de abortos, si es que los ha tenido, y en especial lo más importante, el embarazo durante el cuál el producto era el niño problema en cuestión. Así mismo, deberá de hablar del tratamiento que siguió hasta el nacimiento de su hijo, hacer una descripción del parto en todos sus puntos decir el peso al nacer el niño y alimentación que recibió inmediatamente después del nacimiento.

5.- ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE (PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS).- Esto se refiere a las enfermedades contraídas e intervenciones quirúrgicas en el niño, el inicio y el término de ellas.

6.- HISTORIA DEL DESARROLLO.- Se investigará el comportamiento del chico en la vida diaria durante el crecimiento y desarrollo físico, emocional y mental del paciente.

7.- EXAMEN FISICO.- Es conveniente que después del trabajo social, el niño sea examinado por el pediatra para determinar la salud -

general del paciente.

8.- EXAMEN NEUROLOGICO.- El objeto de este exámen es descu--
brir si existen zonas de daño real y determinar cuales zonas de funciona-
miento neurológico parecen estar intactas.

9.- ELECTROENCEFALOGRAMAS.- Es utilizado por el médico para-
obtener información con respecto a la actividad cerebral, tiene que indi-
car: actitud y estado del paciente, frecuencia básica, ondas lentas, rá-
pidas, características de la amplitud e hiperventilación, este exámen --
sirve para ayudar a precisar la lesión o descartar conjeturas.

10.- EXAMEN PAIDOPSIQUIATRICO.- Aquí es importante compren-
der la conciencia que el niño tiene de la realidad, de la relación con -
el medio ambiente y consigo mismo, tratar de estimar el concepto que de-
sí mismo tiene el niño, su pensamiento racional y su capacidad de forma-
ción de conceptos.

11.- EXAMEN PSICOLOGICO CLINICO.- La estimación psicológica-
dará al maestro la información para saber el nivel inicial de instrucci-
ón, enterarse de las virtudes y los defectos psicológicos que pueda ha-
ber y tener en cuenta los aspectos psicopatológicos al contruir los mate-
riales de enseñanza para el niño.

12.- EXAMEN OFTALMOLOGICO Y OPTOMETRICO.- Para saber si exis-
ten problemas patológicos que puedan afectar la función visual e inter-
venciones que puedan estar indicadas.

13.- EVALUACION PEDAGOGICA.- Los datos que puedan aportar el
educador adquieren un interes especial cuando se trata del niño con daño
cerebral, nunca debe omitirse su participación en referencia a la face -
del diagnóstico educativo.

En cuanto al tratamiento del niño con lesión cerebral, - primero se incluirá la evaluación del problema total del niño para posteriormente abordar el tratamiento del mismo, el cuál debe ser según Charles R. Shaw y H. Birck. :

- 1.- TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE LA CONDUCTA.
- 2.- EDUCACION ESPECIAL
- 3.- MEDICAMENTOS

Se comprende desde la modificación del medio ambiente, incluye la educación de los padres para ayudarlos a comprender las necesidades y deficiencias del niño y en ocasiones está indicado buscar acomodo al niño fuera del hogar, para que quede situado en alguna escuela ó - institución especial.

Las técnicas especiales de entrenamiento y de educación - se relacionan con los problemas de lenguaje y aprendizaje que presentan la mayoría de estos niños. La educación en estos casos debe comprender -- tanto el entrenamiento de educación formal que ha llegado a ser una sub-especialidad importante de la profesión de la enseñanza, como el entrena miento y técnicas que ayuden a los niños a aprender conceptos como los - de tiempo, dirección, tamaño, pueden ser aprendidos por cualquier persona que esté interesada en ayudar al niño, incluso los padres, hermanos y el terapeuta.

Por último el tratamiento a base de fármacos se llevará a cabo dependiendo del tipo de lesión que el paciente presente.

c).- TRATAMIENTO MEDICO ODONTOLOGICO

La responsabilidad por la preservación de los dientes de la primera y segunda dentición, la formación de buenos pacientes y la instrucción a los padres para que ayuden a los niños, descansa en la profesión odontológica, y principalmente en la odontopediatría. A través de la práctica dental y de los valuartes sociales tales como los centros para el bienestar infantil.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El cirujano dentista deberá conocer las características tanto orgánicas como mentales de los niños con lesión cerebral. Esta será objeto de saber como podrá tratar a cada uno de los pacientes según su estado lo requiera. El principal objetivo es disminuir o eliminar los temores, siempre tratar de poner en nuestro braquet el menor instrumental posible. Podemos hacer uso de las catarsis dental, que es el procedimiento que se emplea en el psicoanálisis, para saber la causa de los temores y el porqué de ellos. Así como la empatía, que es el término medio entre la antipatía y simpatía de comprensión. Antes que nada se le habla por su nombre en diminutivo o por su apodo, tratando de llevar un diálogo para el niño que tome confianza.

Una vez que el odontólogo lo ha examinado desidirá el --

tratamiento a seguir, posteriormente el cirujano dentista tendrá una plática con los padres del niño para explicarles cual será el tratamiento que se realizará, así como para que vigile la dieta del niño y que no exterioricen sus temores personales delante del niño, que no utilicen la odontología como castigo, que no lo avergüencen o ridiculicen delante de la gente si no aceptó el tratamiento dental. Que no nos comprometan delante del niño diciendo lo que vamos a hacer o no vamos a hacer, que nos ayuden a disminuir las agresiones externas del medio ambiente.

Así mismo se les comunicará que en caso de ser necesario se administrará la medicación preoperatoria, indicándoles como son las ventajas y reacciones que pudieran presentarse.

El niño con lesión cerebral se caracteriza por ser en su mayoría hiperquinéticos, por lo que el odontólogo deberá ganarse la confianza y el aprecio del paciente para lograr el tratamiento satisfactorio.

Al tratar con este tipo de pacientes encontramos que dentro de éste síndrome (lesión cerebral), hay varios grados de retraso mental por lo que a cada niño se le dará una atención particular y especial

Existen pacientes con un retraso leve, los cuales aunque sean inquietos cooperarán con el dentista en su tratamiento. Para esto en sus primeras consultas el odontólogo tratará de explicarle el uso del instrumental que se compone entre otras cosas del espejo, las pinzas de cureación, la jeringa de aire y agua, el funcionamiento del air rotor, -- del vaso con agua. Esto se hará donde sea posible, para así, poder realizar el tratamiento adecuado.

Se encontrará otro tipo de pacientes con un retraso más -

profundo, en los cuáles no vamos a encontrar cooperación, por lo que se recurrirá a la medicación preoperatoria.

Es muy importante el ambiente del consultorio dental, la salida debe ser lo bastante cálida, podrá haber revistas de niños, juegos con el fin de que se note que es tomado en cuenta, que no se percatan de que un adulto u otro niño sale llorando del consultorio dental.

El tratamiento sistemático del paciente con deficiencias físicas o mentales y emocionales, exige la utilización de técnicas o procedimientos que permitirán al paciente controlar los movimientos corporales voluntarios e involuntarios, eliminar el temor y proporcionar facilidad y tolerancia para los procedimientos de larga duración. La función principal de cualquier método será permitir que el paciente coopere hasta el grado que pueda realizarse la odontología.

PREMEDICACION

En estos niños suele manifestarse una muy apesadada ansiedad, que puede ser el producto de una actitud de excesiva protección de los padres y parientes. De cualquier manera, el uso de una premedicación es muy útil y los barbitúricos, usados con precaución (pues algunos pacientes pueden presentar una idiosincracia a estas drogas), se ha visto que relajaban al paciente y desde luego, simplificaban la operación. -- Cuando no pueden tragar las capsulas es preferible la forma de elixir, puesto que pueden administrárselo los padres al paciente antes de concurrir al consultorio, será posible eliminar parte de la aprehensión.

MEDICACION PREOPERATORIA UTILIZADA EN EL CONSULTORIO DENTAL

La medicación solo se utilizaba en el consultorio en aquellos pacientes en los cuales no encontramos cooperación para la realización de sutratamiento.

Stucky ha enumerado las ventajas de la medicación en combinación con anestésia local:

- 1.- Permitirá el procedimiento en el consultorio con el paciente semi-conciente el cuál puede cooperar.
- 2.- Relativamente poca cooperación y equipo necesario.
- 3.- No necesita anestesiólogo ni equipo especial.
- 4.- Menos gastos a los padres.
- 5.- Mejor calidad en el tratamiento dental practicado.

Cuando el cirujano dentista vá a tratar niños con problemas diversos deberá encontrar un buen agente de premedicación (droga). - Esta droga deberá ser de acción rápida, tener buen sabor, fácil de administrar, y mínima en sus efectos posteriores.

Hay opiniones muy variadas en la utilización de diversos tipos de drogas.

BARBITURICOS

Estos son agentes seguros para las primeras ocasiones en que el dentista utilice técnicas endovenosas. Proporcionarán resultados adecuados, aunque no ideales, incluyendo somnolencia, distracción y con-

fusión en dosis normales.

AGENTES

La gran variedad de drogas existentes que pueden ser utilizadas por vía endovenosa es casi ilimitada, dependiendo únicamente de los conocimientos del operador y de las necesidades del paciente.

TRANQUILIZANTES

Causan modificaciones del estado anímico hasta alcanzar un estado eufórico debido a que no poseen propiedades analgésicas o sedantes, suelen emplearse en combinación con otros agentes para controlar a los pacientes. Talwin (Fenazina), y valium (diazepam) han sido empleadas en combinación con otros, como analgésicos-ataráxicos.

Otra combinación que se ha empleado es una droga inóptica y una antihistamínica.

Las drogas que se utilizan en la medicación preoperatoria son:

El hidrato de cloral (noctec), la prometazina (fenergan) y la hidroxicina (atarax-vistaril).

A continuación se describirán en forma genérica cada una de las drogas enunciadas anteriormente:

1.- HIDRATO DE CLORAL.- Es un sólido cristalino, con olor penetrante y aromático, es soluble en agua, alcohol, éter y cloroformo. A esta droga se le ha llamado "elixir de Noctec", la cual al disolverse --

con cualquiera de los solventes anteriores, nos dá un líquido que contiene 7,5 mg. por cucharadita de este hipnótico.

En el organismo el hidrato de cloral se reduce a tricloro etanol que sirve como hipnótico efectivo, el cual es absorbido rápidamente por los jugos gástricos intestinales.

El hidrato de cloral actúa en la corteza cerebral disminuyendo la excitación motora y sensitiva e induciéndolo al sueño. Los centros medulares no son afectados, el pulso y la tensión sanguínea permanecen normales.

La dosis que deberá ser administrada en los pacientes será de 50mg X kg. de peso.

2.- PROMETACINA:- Es un polvo blanco, inodoro, altamente soluble en agua, alcohol caliente y cloroformo. Su acción es la de un antihistamínico, la cual produce efectos antieméticos. Esta droga es un tranquilizante así como un depresivo del Sistema Nervioso Central.

Se sabe que la prometacina es un agente para controlar el dolor, edema y trismus posoperatorios.

A esta droga se le ha llamado Fenegan, la cuál contiene 25mg. por cucharadita.

Esta droga se administrará en combinación con otras, en este caso se dosificará con el hidrato de cloral.

La dosis que se deberá de administrar irá en relación directa con la cantidad de hipnótico que se requiera.

A 1500 mg. de hidrato de cloral corresponderán 25mg. de prometacina.

3.- Otro tipo de droga se ha empleado para controlar el com-

portamiento y ansiedad del niño.

Las drogas ataroxicas usadas solas hacen decaer el estado de hipertensión y de excitación tanto en pacientes normales como en psicóticos. Estas drogas reducen la ansiedad, agitación y estado emocional, sin poner al paciente en estado hipnótico.

Según el estado en que se encuentre el paciente es recomendable administrar de 30 a 50 mgs, la noche anterior a su cita y la misma cantidad 2 y 1 horas antes de la intervención.

Se ha reportado que la hidroxicina es absorbida rápidamente por el techo gastrointestinal y sus efectos pueden ser anticipados a 2 hrs. después de la administración oral.

Como no se ha determinado el exacto modo de acción de la hidroxicina, se ha pensado que es un depresor de actividad de ciertas áreas claves del Sistema Nervioso Central. Se ha reportado por los estudios clínicos realizados, una amplia extensión de seguridad para su uso.

El starax es clorhidrato de hidroxicina, mientras que el vistoril es permato de hidroxicina. La acción y dosis de cada uno son idénticos.

Para la administración de éstas drogas se tomarán en cuenta los siguientes puntos.

PESO DEL NIÑO.- Cuanto más peso, mayor dosis

ACTITUD MENTAL DEL NIÑO.- Un niño nervioso, excitable, desafiante, suele requerir una dosis mayor del medicamento.

ACTITUD FISICA DEL NIÑO.- Un niño hiperactivo y de pronta respuesta, es candidato para aumentar la dosis.

CONTENIDO ESTOMACAL.- Si se prevee la necesidad de medica---

ción, el niño deberá ingerir una comida liviana o se le dará la medicación con el estómago vacío.

MEDIDAS RESTRICTIVAS.- Cuando el paciente se ubique en el sillón, puede resultar conveniente reclinar el conjunto hacia atrás, de modo de hacerle una cama, pues con ésto solo se contribuirá en forma material a aumentar su sensación de seguridad.

LA RESTRICION MECANICA

Pueden ser aplicadas correctamente a pacientes incapaces de apoyarse por sí mismos ó que carezcan del control consciente por completo. La sujeción que puede brindar una asistente no es satisfactoria en la medida en que lo sería una faja o lienzo ancho (sábana), que cruce el pecho, abarque los brazos y se ate por detras del sillón, la tensión deberá ser ajustada de tal manera que no se comprometa la circulación, ni la respiración. La cabeza la sostendrá la asistente. Estas medidas restrictivas le darán al paciente una mayor seguridad, pues de ese modo no podrá lesionarse, golpearse contra un objeto duro en un movimiento involuntario.

ABREBOCAS

Antes de introducir los dedos o los instrumentos en la boca hay que colocar en su posición adecuada un abreboкас, con el fin de evitar que resulten mordidas por una contracción involuntaria de los musculos masticadores. Los tipos comunes de goma y dentados suelen cubrirse-

de saliva y se deslizan, con lo que resultan difíciles de mantener en su lugar. Una cuña de madera (de las maderas blandas), mantendrá la boca abierta y con toda facilidad la puede sostener la asistente como precaución, todos los objetos como abrebocas, grapas para goma dique, bloques de mordida y aún rollos de algodón han de estar unidos a un trozo largo de suda denter que permita extraerlos con rapidez ante la posibilidad de que el paciente lo degluta.

EQUIPO ASPIRADOR

El uso de un buen equipo aspirador para absorber la saliva y los residuos es indispensable para tratar a estos pacientes, en particular para aquellos sujetos que no pueden alcanzar la salivera (escupidera), por tenerlos limitados de movimientos.

Todo instrumental, procedimiento o material que acelere la operación es de desear para el enfermo con daño cerebral. El uso de piedra de diamante, que es ventajoso en el paciente normal aquí es casi imprescindible.

INSTRUMENTO DE ALTA VELOCIDAD

El empleo ha sido de gran ayuda en la odontología. Tiene un lugar muy especial en el tratamiento de pacientes impedidos, y puede hacer más fácil y mejor la tarea del dentista. Es sumamente útil, por otra parte, en la sala de operaciones, donde la velocidad es cosa primordial.

ANESTESIA GENERAL

Deberá limitarse únicamente a aquellos pacientes donde - los otros métodos se han mostrado inoperantes. Si se emplea anestesia general, el tratamiento deberá llevarse a cabo en el hospital, donde se podrá disponer de la adecuada atención preoperatoria, administración propiamente dicha de la anestesia y cuidados en la recuperación postoperatoria. En tales circunstancias, la anestesia general constituye un arma valiosa para el dentista que deberá tratar niños impedidos y que de otra manera continuarían siendo verdaderos lisados dentales.

PERSONAL AUXILIAR

Muchos dentistas reconocen la gran ayuda que significa -- tratar con un asistente dental o con una enfermera. Esto es particularmente cierto en la odontología para el niño impedido donde es necesario trabajar bien y rápido. El empleo de una persona bien instruida torna la labor del dentista mucho más fácil. El dentista tiene mucha más confianza en su eficacia profesional si puede delegar ciertas funciones a un personal bien adiestrado.

Concluyendo, las grandes auxiliares para el tratamiento - odontológico del niño impedido son:

- 1.- La habilidad del dentista y de su asistente para manejar este tipo de pacientes.
- 2.- Los objetos especialmente diseñados para cumplir una función determinada durante el tratamiento.

La habilidad con que el odontólogo comprenda a estos pacientes lo ayudará mucho a encarar el tratamiento. El empleo de objetos dentales especialmente contruidos para este propósito, tornan su labor mucho más efectiva y contribuyen a una mejor atención del paciente impedido. De esta forma, y empleando estos instrumentos, se puede proporcionar una odontología mejor a estos miembros de la sociedad.

d).- CUIDADOS Y SUGERENCIAS

Lo más eficaz en los problemas dentales del niño con lesión cerebral se basa en el programa de prevención. El énfasis en la odontología preventiva es muy importante para este tipo de pacientes porque sus capacidades físicas y mentales pueden ser tales que se hace difícil brindarles un tratamiento dental satisfactorio. Todos los posibles medios preventivos deben instituirse a edad temprana. La colaboración entre las profesiones médicas y odontológicas, permitirá al paciente obtener el beneficio del consejo interprofesional precoz que puede prevenir problemas serios.

Cualquier problema dental preventivo para el niño impedido deberá incluir instrucciones para el cuidado en el hogar. La recomendación correcta, exámenes dentales, cepillado dental y sutratamiento precos.

Las instrucciones para el cuidado en el hogar, varían con el tipo y gravedad del impedimento. Los pacientes cuyas funciones mentales y físicas no están perturbadas severamente pueden seguir un programa de cuidados en el hogar idéntico al que se recomienda a los pacientes normales. Para el niño con un impedimento grave, alguna otra persona debe asumir la responsabilidad del cepillado dental diario y de los colutorios bucales que se requieran. Debe explicarse a los padres que el objetivo del cuidado en el hogar es proporcionar al niño una correcta higiene

ne bucal que le ayude a prevenir el desarrollo de trastornos periodontales y a la vez de caries dental.

Si en la historia médica de nuestro paciente aparece que se le está administrando algún anticonvulsivo, como el spamin, debemos recordar que este medicamento en tratamientos prolongados, produce hipertrofia gingival, y que en su manifestación clínica es en especial en pacientes jóvenes, por lo tanto, se le insistirá con mayor énfasis en la limpieza bucal del enfermo.

La limpieza se efectuará rigurosamente tres veces al día, con un cepillo dental de consistencia mediana o dura, multicerdado de nylon, siguiendo la técnica de rotación o vibración.

La clave para un buen control de la limpieza del paciente es el estímulo continuo, demostrado con sinceridad y entusiasmo. El refuerzo verbal puede ser empleado para alabar y alentar a los individuos por un buen desempeño y cooperación y para destacar la importancia de la buena salud dental. Se ha encontrado que las recompensas son eficaces para favorecer el comportamiento adecuado y para motivar a los niños a establecer y practicar los procedimientos diarios de limpieza dental.

El aconsejar a los padres del tratamiento dental deberá, de comenzar antes de que los niños sean bastante grandes como para impresionarse por las influencias externas. Se les dirá a los padres:

1.- Que no manifiesten sus propios temores dentales frente al niño. La causa primaria del temor en los niños es escuchar las quejas de los padres por sus propias experiencias odontológicas.

2.- Que nunca utilice a la odontología como amenaza o castigo. El castigo está asociado en la mente de un niño con lo desagradable-

y el dolor.

3.- Que familiaricen a su hijo con la odontología llevandolo al consultorio a que se acostumbre y para que trabé relación con el odontólogo.

4.- Récalcar a los padres el valor de un cuidado bueno dental, no solo desde el punto de vista de la conservación de los dientes, sino por la formación de buenos pacientes dentales. El peor momento es cuando está padeciendo una odontalgia.

5.- Que no soborne a sus hijos para que vaya el dentista. Este método podría dar a entender al niño una posibilidad de peligro.

6.- Que nunca avergüencen o ridiculicen a sus hijos para dominar su temor al tratamiento dental. A lo sumo generarán su resentimiento hacia ellos mismos y hacia el dentista, tornerán más difíciles los esfuerzos de este.

7.- Los padres deben saber combatir todas las impresiones -- perjudiciales con respecto a la odontología que pudieran prevenir de fuera de su casa, infundandole temor al niño.

8.- Los padres no deben asegurar al niño que hará o no hará el odontólogo. No deben colocar a este en una situación comprometida donde se vea limitado en lo que pueda hacer por el niño. Ni deben los padres prometer que el dentista no les hará nada, pues el mentir solo lleva - desepciones y desconfianzas.

9.- Los padres deben confiar a el niño al cuidado del dentista una vez que hallegado al consultorio. El Odontólogo juzgará si es conveniente o no la presencia de los padres en la sala del tratamiento.

10.- Que si al niño se le estén administrando medicamentos -

anticonvulsivos , que no los suspenda. Ya que la súbita suspensión -
medicamentosa podría provocar ataques repetidos, el estatus epilepticus-
o psicosis delirante. En fin, se aconsejará tanto a los padres como al -
niño: Que el cuidado y la higiene de los dientes permite la preservación
de los mismos, que una boca sana simplifica la tarea de alimentación y -
masticación, que dientes bien cuidados y un parodonto sano preservará el
arco dentario y ayudará muchísimo en la terapia para mejorar la dicción-
(que muchos niños impedidos requieren); que el cuidado dental periódico
es esencial para mantener los dientes y sus estructuras de soporte en es-
tado de salud, y que la falta de cuidado dental resultará en la pérdida-
prematura de dientes y agrega un impedimento más a la persona ya impedi-
da.

EL CUIDADO DE LOS ATAQUES EN EL CONSULTORIO

Si el paciente había manifestado una historia de epilep-
sia y de pronto se torna pálido, se dilatan sus pupilas, giran sus ojos,
y vuelve la cabeza a un lado, se insertará entre sus dientes una cuña de
madera (blanda o envuelta en gasa), o una cuña de goma y se le mantendrá
en esa posición para evitar que se muerda la lengua, lo que podría deri-
verse de las contracciones tónicas y luego clónicas de los músculos de -
la masticación. Se evitarán colocar objetos entre los dientes que puedan
causar su fractura. En muchas ocasiones el lugar más seguro para un pa-
ciente con un ataque es el suelo en el espacio abierto, libre de paredes
y muebles, donde pueda permanecer sin provocarse ningún traumatismo.

Como sugerencia mencionaré lo que nos dice Gesell (1966),

sobre educación maternal: " Desde el punto de vista del sistema de in--
strucción pública, es más básica la educación de los futuros padres que -
la de los padres ". Escuelas y colegios podrían ofrecer cursos de instruy
cción sobre la biología humana que se ocupasen con mayor nitidez del orí
gen, nacimiento, crecimiento físico y crecimiento mental de los niños. -
la educación francamente encaminada hacia los problemas del desarrollo -
humano inicial y de la conducta infantil, dará sus frutos en solo una de
cada, puesto que dentro de pocos años estos jóvenes serán padres y ten--
drán una concepción más inteligente del ciclo vital de sus propios hijos.

El objetivo de esta tesis ha sido subrayar la importancia de que el odontólogo asuma la responsabilidad de mantener los dientes y los tejidos de sostén del niño con deficiencia mental, en óptimo estado de salud. Si el odontólogo comprende los problemas físicos y psíquicos del paciente así como sus peculiaridades, podrá enfocar el procedimiento dental indicado, sin vacilaciones, ni rechazos.

El paciente con daño cerebral, si bien no constituye numéricamente un problema serio para el odontólogo, es indudablemente un inconveniente en lo que respecta a su diagnóstico y tratamiento, debido a la actividad muscular y a los posibles cambios psicológicos. Las enfermedades en la boca y las anomalías de las estructuras orales son similares a la de los individuos que no tienen daño cerebral y la única diferencia si es que existe, sería la de sus magnitudes. El mantenimiento de la salud de la boca en el paciente con lesión cerebral constituye un factor sumamente importante en el programa del tratamiento total e integral del paciente, influenciando la nutrición, la palabra, la salud general, y el comportamiento psicológico de él. Los problemas odontológicos pueden muy bien llegar a constituir un obstáculo para el cuidado o el tratamiento satisfactorio del paciente.

Debido a la dificultad para comer que tienen muchos pacientes con lesión cerebral, la nutrición del individuo puede ser defi-

ciente. Tales pacientes se vuelven cada vez más difíciles de alimentar - si su dentición se haya seriamente dañada por la caries o por las pérdidas múltiples de los dientes. La incomodidad agregada se añade a los problemas propiamente odontológicos. Como la nutrición adecuada es uno de - los factores básicos en el cuidado y la rehabilitación de la persona im- pedida el estado de sus dientes, reviste una importancia capital.

La dificultad en la palabra es un problema bastante fre-- cuente en la lesión cerebral. La relación entre los dientes y la palabra es muy compleja y la influencia de la mala oclusión sobre la palabra, es a menudo difícil de determinar, debido a que el individuo pone en juego- ciertos mecanismos compensatorios. En otras palabras la mala oclusión, - que un individuo normal pudiera no llegar a crear inconveniente en el ha bla, constituye un serio problema para la palabra del niño con lesión ce rebral debido a la imposibilidad que tiene éste para compensar las per-- turbaciones de la mala oclusión.

Con la cooperación de todos los interesados (padres, tec nicos y profesionistas), se puede adiestrar al niño para que asuma una- actitud receptiva respecto a la odontología y para que otorgue los valo- res necesarios en su salud bucal.

De este modo, el dentista podrá experimentar la gran emo- ción de sentirse parte de una profesión maravillosa, lo que permite brin dar un servicio al niño con Síndrome de Lesión Cerebral.

2).-

BIBLIOGRAFIA

- I.- TRATADO DE PEDIATRIA**
Nelson, Vaughan, Mc. Key. Tomo I y II
Editorial "Selvet". Sexta Edición 1978.
- II.- GENETICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES**
Eliot Slater y Valerie Cowie
Editorial "Selvet". 1974
- III.- LOS NIÑOS DIFICILES**
Cl. Launay, C. Davy
Editorial "Selvet". 1974
- IV.- EMBRIOLOGIA MEDICA**
Jan Langan
Editorial "Interamericana" 2da. Edición. 1969
- V.- EL CORAZON EN LOS SINDROMES POLIMAL FORMATIVOS**
A. Sánchez C.
Editorial "Labor". México, 1974.
- VI.- EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL**
Crick Shank M. W.
Editorial "Trillas". México, 1973
- VII.- EL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS**
Guía para el estudio del niño pre-escolar
Gessell Arnold.
Editorial "Paidós". 5a. Edición. 1966.

VIII.- MANUAL DE PSIQUIATRIA INFANTIL

Ajurriaguerra J. de T.

Editorial "Troya Masson". España, 1973.

IX.- PSIQUIATRIA INFANTIL

Shaw R. Charles.

Editorial "Interamericana". México, 1969.

X.- PATOLOGIA PRENATAL

O. Thalhammer.

Editorial "salvat". 1970.

XI.- EL SINDROME DE DAWN Y SUS ASPECTOS ODONTOLOGICOS

Capdevielle G. María Auxilio, Espinoza G. Sofía, Montes
D' Oca Laura, U.N.A.M. 1974

XII.- PRINCIPIOS DE GENETICA

Gerdner, Eldon J.

Segunda Edición. Editorial "Limusa Woley". México 1971

XIII.- SIMPOSIUM DEL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL MINIMO

Velazco Fernández Rafael

Revista de la Clínica de la conducta.

Volumen II, México 1968.