

1979
18/11/79

**Universidad Nacional Autónoma
de México**



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DONADO POR D. G. B. - B. C.

**La Psicología en el Tratamiento
Odontopediátrico**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
ROBERTO ISIORDIA BERNAL

MEXICO, D. F.

1979

14882



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

- I. INTRODUCCION
 - II. CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO
 - III. CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOLOGICO
 - IV. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INTEGRACION DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO
 - V. CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL
 - VI. ALGUNOS MECANISMOS BASICOS DE LA CONDUCTA
 - VII. VALORACION PSICOLOGIA DE LOS ASPECTOS DEL - - CONSULTORIO
 - VIII. INSTRUCCIONES Y MANEJO DE LOS PADRES
 - IX. TECNICAS Y METODOS PRACTICOS PARA LA EDUCACION Y MANEJO DEL NIÑO
 - X. PUNTOS DE VISTA PSICOLOGICOS EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
 - XI. NATURALEZA DEL MIEDO
 - XII. EL SIGNIFICADO DEL DOLOR
 - XIII. CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCION

Para los odontólogos el niño representaba no hace - - muchos años un verdadero desafío, por la dificultad de su manejo como paciente. Algunos niños rechazaban abiertamente el tratamiento, otros lo aceptaban con dificultad y un tercer grupo iba al odontólogo sin problemas.

En la actualidad la psicología puede aportar al odontólogo los elementos con los cuales él entenderá el -- comportamiento de su pequeño paciente, sus ansiedades, sus fobias, etc. Este conocimiento lo coloca en una situación personal especial, porque su nivel de tolerancia se incrementa y su paciente se beneficia más debido a que además del tratamiento odontológico, recibe una atención integral.

El odontólogo tiene 3 objetivos específicos en su mente cuando ve por primera vez a un niño: primero, interesar y adiestrar al niño en los debidos cuidados caseros de su boca; segundo, adiestrar al niño para que acepte el tratamiento necesario y periódico de su órgano bucal; tercero, ayudar al niño a que acepte finalmente la responsabilidad por su propia salud dental. Consciente o inconscientemente recurrirá a la psicología para lograr estos fines. Como en el empleo de cualquier otro campo de conocimiento, - su uso es más eficaz si quien lo utiliza comprende bien - la ciencia utilizada. La mayoría de nosotros aprende a --

user cierta psicología con eficacia por el método del ensayo y el error, pero no porque tenga noción de sus principios. Nada hay de particularmente malo en adoptar ese camino, pero es obvio que, si usáramos los mismos medios para lograr nuestro objetivo en los tratamientos odontológicos, nos encontraríamos con demasiados resultados costosos y desafortunados. Con algo de lectura cuidadosa, estudio y aplicación, podemos usar la psicología con mayor grado de inteligencia y efectividad que por el ensayo y el error.

La boca representa la parte emocionalmente activa más primitiva del cuerpo y que es también una de las más sensibles. Después de su nacimiento, la criatura busca y recibe sus satisfacciones básicas por la vía de la boca. -- Por ella se comunica el amor y el dolor. El contacto con las cosas y las personas, se mantiene por la vía de la cavidad bucal.

El odontopediatra además de tratar a los dientes y su reparación, realice un intercambio activo con un ser humano inmaduro y en desarrollo que es sumamente emocional y de pronta reacción. Se relaciona con su paciente en una forma muy íntima, dado que en el niño la boca es una zona especialmente íntima y especialmente sensible.

Trataremos en los siguientes capítulos sólo los fundamentos psicológicos más importantes y su aplicación al tratamiento dental.

CAPITULO II

CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso está formado por una serie de estructuras cuya función primordial es permitir al individuo relacionarse con el ambiente, adecuando su comportamiento a las condiciones del medio. Al mismo tiempo, hace posible la regulación de las funciones de los diferentes órganos: respiratorios, digestivos, etc., Para mantener la constitución del medio interno.

El sistema nervioso se divide en dos grandes sectores; Sistema nervioso de la vida de relación o cerebro espinal y sistema nervioso de la vida vegetativa o autónomo. Ambos sectores están íntimamente interconectados.

Desde el punto de vista anatómico, el sistema nervioso consta de dos partes: Sistema nervioso central, situado en el interior del cráneo y el raquíe y sistema nervioso periférico.

El sistema nervioso central comprende el encéfalo y la médula espinal. El primero se halla constituido por cerebro, cerebelo y tronco encefálico. Este último incluye el pedúnculo cerebral, la protuberancia y el bulbo.

El cerebro, cerebelo, pedúnculo cerebral, protuberancia y bulbo raquídeo se encuentran contenidos en el cráneo, y la médula espinal, en el raquíe.

En el sistema nervioso central, las formaciones perteneciente al sistema nervioso cerebro espinal y vegetativo están entremezcladas.

En el periférico, por lo contrario, existe una separación más neta entre ellas, y puede decirse que el sector periférico del sistema nervioso, se halla constituido por una porción que pertenece al sistema nervioso, cerebro espinal y otras que corresponde al sistema autónomo.

La primera comprende los pares craneales y las raíces raquídeas que forman los plexos cervical, braquial, lumbar y sacro, de donde se origina los nervios periféricos. Estos unen el sistema nervioso central con la periferia (piel, -- músculos, huesos, articulaciones, etc....)

El sistema nervioso autónomo abarca dos cadenas de ganglios situadas a ambos lados de la línea media, sobre la columna vertebral, plexos viscerales, nervios simpáticos y parasimpáticos. Que en algunos sectores poseen troncos propios.

Los nervios del sistema autónomo se dirigen exclusivamente a las vísceras, de modo que su función es vegetativa. Por el contrario, en el sistema nervioso periférico cerebro espinal es posible encontrar, además de las fibras de distribución somática que constituyen la mayoría, algunas de destino visceral en particular a los vasos sanguíneos.

Como dijimos, desde el punto de vista funcional el sis-

tema nervioso es el que adecua el nivel del comportamiento a las condiciones de los medios internos y externos. - Este comportamiento se expresa a través de las únicas efigerencias posibles de su actividad, que son la motricidad y la secreción. La resultante es siempre la acción muscular o glandular.

Para que estas reacciones sean posible es necesario - que los cambios del medio externo e interno influyan en - el organismo o en otros términos, que éste pueda informar se de las modificaciones que se producen en el medio interno y en el ambiente en que vive. Esta información es - posible por la existencia del mecanismo sensitivo sensorial.

En el hombre existen diferentes niveles de comportamiento que se observan o van apareciendo a través de la - evolución ontogénica y filogénica.

Hay un comportamiento instintivo innato y un comportamiento aprendido, inteligente. En el comportamiento innato hay dos niveles. El primero está representado por los reflejos de defensa y vegetativos que están al servicio - de las necesidades más elementales. El segundo es el comportamiento instintivo, más complejos, más finamente adaptativo ya que puede perfeccionarse por la experiencia y - ponerse al servicio de comportamientos adquiridos, como - es el caso de los reflejos condicionados.

En los reflejos de defensa y vegetativos la respuesta

es gruesa, imperfeccionable ya que no hay posibilidad de aprendizaje en el sentido de intercambio con el medio. Y en el comportamiento instintivo hay mayor adaptación y -- puede ponerse de manifiesto la existencia de componentes psíquicos de cierta relación tiempo espacial.

El comportamiento aprendido está constituido por respuestas finas, altamente adaptadas y discriminativas en las que tiene una notoria influencia el nivel intelectual con sus posibilidades de actividad simbólica y abstracta. Corresponde sólo a los organismos que han llegado al máximo de evolución y es un comportamiento con posibilidades prácticamente inagotables.

RESUMEN EMBRIOLOGICO DEL SISTEMA NERVIOSO.

El sistema nervioso deriva del ectodermo dorsal del embrión. Primero se forma un engrosamiento, que se denomina placa neural y posteriormente se invagina para dar origen al canal neural. Este canal está limitado por dos crestas laterales que siguen todo el trayecto del canal neural, y que se denominan crestas neurales o crestas ganglionales. En estudios ulteriores de desarrollo del embrión se nota que este surco se profundiza y da origen al tubo neural. La transformación del canal en tubo, se verifica a partir del centro hacia las extremidades.

El tubo neural no alcanza a cerrarse del todo, y así se ve, que en sus dos extremos existe un poro para cada uno de ellos, denominados neuroporo anterior y posterior.

El neuroporo anterior o cefálico, mediante el desarrollo de la masa nerviosa, llega a obliterarse por una -- formación denominada lámina terminal que en el adulto toma el nombre de lámina supra-óptica, situada por encima -- del quiasma óptico.

La mayor parte del sistema nervioso central y del sistema nervioso periférico, deriva del tubo neural y de las crestas ganglionales, otra parte se origina de las pliegues ectodérmicas.

A-) Del tubo neural embrionario se derivan:

- 1-) El prosencéfalo o vesícula cerebral anterior.
- 2-) El mesencéfalo o vesícula cerebral media.
- 3-) El rombocéfalo o vesícula cerebral posterior.
- 4-) La médula espinal.

1-) El prosencéfalo se divide a su vez en telencéfalo y diencéfalo.

El telencéfalo da origen a la corteza cerebral, el rinencéfalo o cerebro olfatorio y el cuerpo estriado.

El diencéfalo origina el tálamo óptico y estructuras vecinas, que forman el hipotálamo, el metatálamo, el subtálamo y el epitálamo.

2-) El mesencéfalo no sufre división y da origen a la lámina cuadrigéna y a los pedúnculos cerebrales.

3-) El rombocéfalo se subdivide en: El metencéfalo, que da origen a la protuberancia, y el mielocéfalo, que da origen al bulbo raquídeo. De la unión del metencéfalo

lo y el mielencéfalo, se origina el botón que posteriormente dará nacimiento al cerebro.

B-) De las crestas ganglionales se derivan:

1-) Los ganglios espinales, constituidos por neuronas sensitivas, monopolares.

2-) Los ganglios del sistema vegetativo, tanto simpático como parasimpático.

3-) Los órganos denominados cromafines, tales como el corpúsculo intercarotídeo, el corpúsculo aórtico, la glándula coxígea de Luschka y la médula suprarrenal.

C-) Hay estructuras nerviosas que derivan del ectodermo de las placodas. Son de adelante hacia atrás:

1-) La placoda olfatoria, que condiciona los bulbos olfatorio.

2-) La placoda del cristalino, que da origen a la copa óptica de Shultze.

3-) La placoda gustativa, que origina las fibras y los receptores pertenecientes al sentido del gusto, cuyas sensaciones son transmitidas por los pares craneales VII- IX- y X- (facial, glosofaríngeo y neumogástrico). Sin embargo, para Bishop, las fibras gustativas son de origen mixto de la placoda y del tubo neural.

El hecho de que la mayoría de las especies de la escala animal, el V- par trigémino, lleve también fibras gustativas, no perteneciente a él sino a los pares craneales VII-

y IX-, se debe a que los territorios branquiales de estos nervios se fusionan en su extremo posterior.

4-) La placoda ótica condiciona la formación del cuarto ventrículo a partir de la vesícula cerebral posterior o rombencéfalo.

C A P I T U L O I I I

CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOLÓGICO.

Los niños crecen en tres dimensiones: física, mental y emocional. La conducta, en todos los niveles cronológicos, depende de la interacción de esas tres dimensiones del -- crecimiento. Si cualquiera de esta se acelera ó retarda, -- el patrón de conducta se ve marcadamente afectado.

El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos, que se manifiestan exteriormente en un patrón de conducta: El crecimiento psicológico se refiere a la adquisición de información, de habilidades y de intereses emocionales. El sistema nervioso es parte vital de la maquinaria que hace posible los sucesos (GESELL).

Este crecimiento psicológico, de la misma manera que la maduración física está programada de acuerdo a un plan y a una secuencia que son innatos y no fácilmente susceptibles a influencias. A pesar de que la maduración está -- determinada por factores inherentes, el medio ambiente, -- sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo, -- un ambiente favorable garantiza la óptima expresión de su potencial innato y un medio ambiente desfavorable por el contrario, puede retardar o modificar su expresión completa. Siendo así, que cada individuo, es una personalidad -- separada cuyas experiencias en la infancia temprana son --

importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes.

Cada niño posee un límite psicológico para su adaptación y está dotado de determinadas cualidades constitucionales así como tendencias que determinan, como, que y - - cuando aprenderá o reaccionará ante una determinada circunstancia.

Si el odontólogo sabe reconocer cuál es el patrón de conducta característico a determinada edad está mejor preparado para encararlo, y para reconocer las desviaciones de la conducta "normal" a cualquier edad y para buscar su causa. El odontopediatra debe conocer la psicología infantil para ser eficaz. Todo odontopediatra adquiere una - - orientación psicológica hacia las necesidades de sus pequeños pacientes por el solo peso de la experiencia, pero una experiencia guiada y un conocimiento del crecimiento y desarrollo emocional de los niños, puede tornar esa experiencia en algo interesante y compensador en vez de frustrante.

El odontopediatra necesita una diversidad de aptitudes técnicas y un conocimiento del crecimiento y desarrollo para manejar satisfactoriamente las necesidades dentales de los niños. Pero necesita en especial la aptitud para manejar la conducta del niño. Debe saber como paliar la angustia y temor del niño.

PATRONES DE CONDUCTA NORMALES.

La infancia (del nacimiento a los dos años).

Aunque el cordón umbilical se corta al nacer, el infante no puede sobre vivir sin el continuo cuidado físico y cariñoso de su madre.

El verdadero comienzo de un individuo se remota a los períodos embrionarios y fetal, durante ellos toman forma los tejidos y órganos del cuerpo e inclusive se insinúa profundamente la naturaleza de la futura conducta.

Al nacer, el niño está dotado con un equipo emocional bastante elaborado, que incluye miedo, hambre y alegría. La respuesta miedosa a los cambios abruptos de posición, es de lo más notable. Esta reacción sin embargo es vencida en pocos meses por el continuo manipuleo de la madre.

La primera o segunda semana el niño mantiene una existencia vegetativa en un dormir, despertando, solo cuando esté incomodo. La leche caliente que satura su hambre, la actividad de succión, el soporte firme en los brazos de su madre, los olores y el calor maternal, que le son familiares, le hacen dormir de nuevo. La unión emocional entre la madre y su hijo amamantado en un marco de bienestar ordenado constituye el fundamento de la relación de un individuo con los otros seres humanos.

Cuando el niño ha cumplido un año, le gusta sacar provecho de las situaciones sociales, le gusta tener un auditorio, repiten las acciones que provocan risa, goza de toda clase de animales. A esta edad el niño toma todos los -

objetos que ve y tiende a llevarselos a la boca. La investigación y el descubrimiento lo hace la triada ojo-mano-boca.

La succión del pulgar, se acentua si el niño permanece mucho tiempo solo, pudiendose prevenir esto permitiendole al niño estar con algo o alguien que llame su atención.

Al año y medio, el cuadro de conducta parece perder su armonía y equilibrio; Es la edad de la precipitación, de los choques y empieza a dar sus primeros pasos; Su impulso motor es poderoso, está en continua actividad, con estallidos de locomoción poniendose en marcha, trepandose etc...

A medida que el niño comienza a corretear y voltear las cosas y a separarlas tendra, que ser vigilado en su libertad. Cuando aprende el pleno significado del "no" lo experimenta como un obstáculo a su voluntad y responde con enojo.

En el medio odontológico no es muy frecuente atender a los niños antes de los dos años, pero cuando se presenta el caso, la reacción normal del niño es la de resistirse a que un extraño vea su boca.

Cuando el niño depende mucho de su madre, se hunde en sus brazos como si ella fuera físicamente parte de él, que sin duda lo es, es por eso que es mucho sentar al niño en el regazo materno y usar a la madre en vez de la asistente.

El odontólogo debe proceder con su tarea en una manera positiva si bien cariñosa y comprensiva. No debe preocuparse por la resistencia o llanto del pequeño, pues estos son normales a esta edad.

NIÑEZ TEMPRANA (dos a cuatro años de edad).

Es este un período de transición entre la infancia -- con sus patrones de conducta propios del bebé hacia el niño preescolar, independiente, autónomo.

A esta edad el niño no esta capacitado para tener relaciones interpersonales prolongadas, prefiriendo jugar solo, ya que no permite que sus juguetes sirvan de diversión a otras personas, agradandole mas todo aquello que tenga movimiento como ejemplo, un carro. El padre es casi siempre el favorito, pero si se encuentra en dificultades o esta cansado recurre a la madre, es egoista, le gusta oír canciones, ver ilustraciones, le agradan los libros - táctiles.

A los dos años de edad el niño es todavía muy pequeño para llegar a el solo con palabras, se debe organizar su experiencia tocando, manoseando. No debe esperarse que niños menores de tres años respondan a preguntas u ordenes directas.

A esta edad siente muchos temores principalmente auditivos, teme a objetos de gran tamaño, también le teme a los colores oscuros.

Muestra limitaciones evolutivas en la esfera de la conducta personal, social. Posee un sentido firme de sí mismo un sentido muy débil de tuyo.

Los músculos faciales de la expresión son más movibles, los músculos de mandíbula están mejor controlados, la masticación no exige tanto esfuerzo y empieza a ser retatoria.

A esta edad, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huelo la pasta dentífrica o sienta la tacita de hule. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el dentista intenta hacer. Sin excepción debe pasar acompañado al consultorio.

En un esfuerzo por comunicar lo que el niño ve y experimenta, se han filmado películas de objetos, desde la altura de sus ojos. Visto desde tan bajo podemos imaginar rápidamente como deben parecerle a un niño de dos o tres años el equipo dental y el dentista mismo con su uniforme blanco. Agregue a esto los ruidos que se oyen en la sala de espera y los olores extraños, y podrá ponerse en el lugar del niño para ayudarlo a hacer frente a todos estos objetos que provocan miedo, el profesional debe tomar el tiempo de protegerlo hasta que sienta que tiene un aliado en lugar de un verdugo.

EL NIÑO DE TRES AÑOS. Esta edad asiste al surgimiento de la individualidad del niño pero es apenas un comienzo y no una verdadera independencia. Esta edad, es también con

cida como la edad del "yo también" y puede observarse un interés en compañeros de juegos imaginativos. El niño de tres años ya se maneja así mismo ya no es tan paradójico, ni imprescindible, ni egoísta como a los dos años y medio. Emocionalmente se vuelve menos hacia sí mismo. Sus relaciones personales son más flexibles.

Es menos provocada la colera por indiferencia, por la actividad física y más por el entrometimiento con sus proyectos y posesiones.

Gran parte de su responsabilidad social se basa en -- una pura madurez psico-matriz. Su temores predominantes -- son visuales, por ejemplo: Gente anciana arrugada, lo grg tesco, una máscara, la obscuridad, individuos específicos descrito al niño como perjudiciales. Los educadores han -- encontrado que estimulando a los niños a hacer sus propias observaciones se les puede ayudar a desarrollar una actitud genuinamente investigadora. Este reconocimiento del -- espontáneo impulso de los niños a aprender, ha originado-- muchos principios de educación progresiva.

Junto con la curiosidad por la nieve que se derrite, -- el cielo, comienza a interesarse en su propio cuerpo y en la diferencia de sexo.

Esta es la mejor edad para presentar al niño ante el -- odontólogo, y empezar su programa de atención dental pre-- ventiva ya que a esta edad ya ha completado la erupción--

de su dentición primaria, entonces el odontólogo puede comenzar la rutina de examen clínico, mas tarde seran las radiografías intraorales y la profilaxis dental, y por último la preparación de cavidades si fuera necesario.

El niño de tres años es capaz de sentarse en el sillón dental por si solo. El permitir que la madre se sienta donde él pueda verla le dará confianza y ayudará a conservar su compostura.

Si el niño está asustado o inseguro puede responder positivamente a un acercamiento relajado y sin apresuramiento, hablándole con voz suave y cariñosa.

El niño de tres años cuando está atemorizado pierde contacto con los extraños muy rápidamente y se vuelve a unir a su madre. Puede entrar panico si siente que su protección y seguridad se ha ido, es por lo tanto que debe considerarse con sumo cuidado la decisión que la madre permanezca con él.

Es esencial que el odontólogo tenga absoluta confianza en si mismo y su capacidad para manejar la situación - si ha de calmar al niño y asegurarle a la madre que no se le hará un mal.

EL NIÑO PREESCOLAR (Cuatro a seis años).

En su cuarto cumpleaños, el niño experimenta una cierre metamorfosis de parasite adherido y dependiente a individuo independiente y a menudo agresivamente autónomo.

El niño de cuatro años es categóricamente expansivo, posee gran actividad motriz, brinca, corre, trepa, posee gran actividad mental, tiende a extralimitarse, especialmente en su voz, es voluble; ésta es una etapa ocupada por completo por el crecimiento.

Siente temores auditivos, por ejemplo: La sirena de los bomberos, de las ambulancias, etc, teme a la oscuridad.

Esta es la edad del "porqué" el "cómo", durante el cual el niño expresa independencia y resistencia, es gran conversador, es cooperador e imaginativo; puede llegar a ellos apelando a su espíritu de independencia, recién despierto.

La mutua acción entre el niño y los padres en esta edad influye intensamente en su personalidad y en su patrón de conducta en los años subsiguientes.

En este período cronológico el que presenta al odontólogo el mayor número de problemas de manejo de conducta. Este período cronológico se caracteriza, entonces por una amplia variedad de patrones de conducta, cada uno peculiar de cada niño. La conducta puede variar desde el niño que no coopera que está asustado e inseguro y aún fuertemente unido a la madre, a la del niño que se conforma, docil y sumiso o la del cooperador inteligente y felizmente porque se siente seguro y disfruta de una experiencia nueva, o hasta del pequeño agresivo y ruidoso, rebelde que no se

conforma. El odontólogo deberá examinar el patrón de conducta de cada niño, en busca de las causas de su temor y falta de cooperación, con el mismo cuidado con que examina su oclusión. Entonces podrá ser tan eficiente en el manejo de la conducta del niño como ya lo es en la representación de la caries o en la intercepción de una mal oclusión

EL NIÑO DE CINCO AÑOS. La mayor parte de los niños de cinco años desean ser libres y separarse de sus madres -- "pero no demasiado".

A los cinco años, ya es capaz de iniciar una serie de actividades o de construir una estructura íntegra y balanceada.

A esta edad está listo para aceptar las actividades - en grupo y la experiencia comunitaria.

En muchas ocasiones, el niño de cinco años puede distinguir entre verdad y mentira, y es capaz de autocrítica, le gusta terminar lo que se comenzado y hay un orgullo social por la ropa y por los conocimientos. A esta edad, es amante de la alabanza y seguro de sí mismo.

En el niño de cinco años su capacidad, su talento, sus cualidades temperamentales y sus modos distintivos de - - afrontar las exigencias del desarrollo, se han puesto de manifiesto en grado significativo, lleva el sello de su - individualidad. Le agrada asumir pequeñas responsabilidades y privilegios a los que los que puede hacer plena justicia y se le maneja mejor sobre esta base que desafiándog

lo a realizar esfuerzos que escapen todavía a sus fuerzas; Si se le exige demasiado, puede tener reacciones con pequeños arranques de resistencia o de sensibilidad. A esta edad es un gran hablador, ha superado la mayor parte de su articulación infantil.

No carece de angustia y temores, pero son por lo general temporarios y concretos: Las sirenas, los truenos y los rayos despiertan en él un menudo temor, la obscuridad y la soledad le provocan timidez, pero en general no es edad temerosa.

Suelen aceptar bien los procedimientos simples, pero cuando son amenazados con procedimientos dolorosos, reaccionan violentamente. La tolerancia al dolor es mejor que a los tres años, pero aún tiene violentas reacciones talgmicas, ya que no tiene comportamiento cortical controlado.

Este periodo cronológico pondrá a prueba a la paciencia del aún más experimentado odontólogo, así como pone a prueba a sus propios padres.

Siempre que sea posible, las visitas a médicos u odontólogo deben hacerse en un periodo de relativa calma las explicaciones y demostraciones ayudan al niño a manejar la situación realísticamente, a manejar controlada las fantasías que provocan susto.

EDAD ESCOLAR (Seis a nueve años).

EL NIÑO DE SEIS AÑOS. El ir a la escuela, cambia al -

niño o puede decirse que este es un período de socialización, aprende a llevarse con los demás y las normas y reglamentos de la sociedad al mismo tiempo que aprende a aceptarlos.

A esta edad se presentan cambios fundamentales, somáticos y psicológico; Pues es una edad de transición. Está perdiendo los dientes temporales, aparecen los primeros molares permanentes, es muy susceptible a las enfermedades, esta son más frecuentes y graves que en años anteriores como por ejemplo, catarro, laringitis, varicela, sarampión, además llora por cualquier cosa, soporta con valor las verdaderas heridas, pero llora por pequeñas lastimaduras.

A esta edad tiende a los extremos, se encuentra a menudo bajo la compulsión de manifestar primero uno de los extremos de dos conductas alternativas y poco después el extremo exactamente opuesto, vuela raudo de uno a otro extremo, llora, más su llanto se convierte en risa, y su risa en llanto.

Y para los seis años, el niño comienza a mostrar algún interés en las personas fuera del hogar, especialmente en los niños que encuentran en la escuela o en los lugares de recreo. Hay un despertar del sentido social, que hace evidente a poco de comenzar la escuela. Se nota una gradual expansión de actividades fuera del hogar, interés que es llevado hasta los años preadolescentes con los varios clubs y pandillas.

EL NIÑO DE SIETE AÑOS. Es muy distinto a lo que fue a los cinco, porque ha aprendido mucho y su mundo se ha ampliado considerablemente. Ha aprendido a comportarse fuera de su casa, a aceptar algunas cosas que le disgusta -- porque así se espera que lo haga. Los patrones de dependencia primitivos tienden a desaparecer y aprenden a -- aceptar la autoridad. Los patrones agresivos destructores tienden a ser dominado. No siempre, claro está y no por completo, pero comienza a aceptar la adaptación y la autoidad como parte de la vida.

Comienza a tener conciencia de las actitudes de sus compañeros de juego, como sus actos, tienden a ser más -- cortés a comportarse mejor cuando no esta en su casa, además se aprecian nuevos indicios de capacidad crítica y de razonamiento, más reflexivo, le interesan las conclusiones y los desarrollos lógicos, utiliza el lenguaje con mayor libertad.

El niño ya considera al dentista como una persona, ya no más como una sombra vaga y amenazante. Empieza a reaccionar hacia el odontólogo y hacia sus procedimientos operatorios. Por lo tanto, el dentista hará bien en acercarse al niño directamente y establecerse como persona.

A esta edad a los niños les agrada que se les reconozca su buen comportamiento y se le premie con una palabra, una sonrisa y una actitud por su esfuerzo de colaboración.

EL NIÑO DE OCHO AÑOS. Como a los cuatro años que es - expansiva, la edad de ocho lo es también expansiva, sólo que en un nivel superior de madurez, sufre cambios en las proporciones corporales, presagian ya los cambios más marcados que advendrán con la pubertad. A esta edad empieza a romper relaciones con su casa, posee secretos y rituales que le proporcionen dominio sobre la realidad; ésta es una faceta por la que tienen que pasar antes de alcanzar la madurez o independencia. No le agrada que le digan directamente lo que ha de hacer prefiere una sugestión. - Le disgusta que le traten como a un niño quiere ser como adulto. El niño desea ser reconocido por el grupo y cualquier forma de ser reconocido le parece mejor que la de ser ignorado. A esta edad llora menos pero es muy sensible se siente herido y sus ojos se llenan de lágrimas, sus temores han disminuidos y también sus preocupaciones. Los intereses mas importantes de las niñas son de jugar: a ser grandes, coser, cocinar, bailar etc..., Los niños se interesan en las herramientas, deportes, máquinas etc...,

Aquí el niño ya tiene experiencia en adaptarse a cooperar aun cuando el procedimiento sea en realidad doloroso. Tiene capacidad para aceptar al odontólogo como autoridad. Gusta de alardear su experiencia odontológica.

EL NIÑO PREPUBERAL. (nueve a doce años)

El niño prepuberal rara vez es un problema para el odontólogo, ya es una persona con experiencia y que se ha

acostumbrado a las experiencias nuevas, a los extraños, a los dolores y golpes y a las exigencias de los adultos. - Lo que más importantes ha entrado en su "Período de latencia" en el que las cosas son tranquilas. Se está preparando para la prueba de la pubertad y del brote adolescente en su crecimiento. Físicamente, deja de ganar altura y comienza a acumular grasa como reserva para el brote adolescente. Mentalmente aparece opaco. Emocionalmente tiende a no presentar reacciones.

Pocas cosas lo conmueven excepto sus amigos varones, - las niñas no lo afectan para nada. A un en el sillón dental tiende a ser pasivo y a no reaccionar.

Las niñas pasan por este período antes que los niños - y con mayor rapidez y alcanza la pubertad aproximadamente dos años antes.

Aunque el niño de esta edad no habla mucho ni se comunica libremente, uno siente que posee muchos sentimientos e ideas sobre las cosas pero prefiere guardarlos para sí. Por ejemplo, a menudo se pregunta si sus padres son realmente tales. Es sin duda capaz de comprender cuestiones - técnicas y científicas y le responderá al odontólogo si - el le explica los procedimientos en ese nivel. Este niño se resiente por la intrusión de la madre en sus asuntos incluido el tratamiento odontológico. Sería mejor que el odontólogo captara ese sentimiento y que actuara de acuerdo con ello.

C A P I T U L O I V

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INTEGRACION DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO.

A). INFLUENCIA PARENTAL.-

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado.

Es necesario amor, para darle al niño la sensación de que se le desea. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres. La manera en que es manejado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad. La autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva. La autoridad ejercida adecuadamente dará confianza. La autoridad consistente y cariñosa es muy preferible a la rígida, inconsistente o punitiva.

El afecto, protección, indulgencia, ansiedad, autoridad excesiva, el desafecto o el rechazo por parte del padre, se reflejan en la conducta del niño y por consiguiente se convierte en un problema para el Odontólogo en el manejo del mismo. La actitud que el padre asume en relación al hijo único o al niño adoptado, justifica también su consideración en el consultorio odontológico.

Nunca se dará suficiente importancia a la necesidad - que tienen los niños de convivir con adultos emocionalmente maduros, puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se puede esperar comportamientos emocionalmente maduros de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente.

Las actitudes de los padres, pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde. En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él.

El cirujano dentista que desee lograr éxito en la práctica de la odontopediatría, debe conocer a fondo la influencia de los padres sobre la conducta del niño.

EFECTO EXAGERADO.- Esto suele suceder en los padres de edad avanzada o que han tenido que esperar mucho tiempo para tener hijos, el matrimonio tardío, el hijo único, el adoptado, el consentido de la familia, estos suelen tener un cariño exagerado, demasiadas atenciones y mimos que les prepara inadecuadamente para ocupar un puesto en su casa y en la escuela. Responden siendo a veces tímidos, miedosos, retraídos, aunque algunas veces pueden no presentar estos síntomas. Demuestran poco valor en el consultorio, y por lo tanto serán niños problemas. Ante estos niños el odontólogo deberá usar una autoridad racional y no dejar que el niño haga su voluntad irracional.

PROTECCION EXCESIVA.- Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, - el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño lo cual - los vuelven irresponsable y generalmente intentan controlar todas las situaciones y se niegan a someterse a cualquier autoridad.

Generalmente la madre ayuda al niño a vestirse y alimentarse. Sus juegos y trabajos se ven restringidos por - miedo a algún daño físico, enfermedad o a la adquisición - de costumbres indeseables de sus compañeros.

Estos niños son berrinchudos, egoístas, fanfarrones.- Con éste tipo de niños el odontólogo usara siempre la autoridad racional, pues son niños que no cooperan.

DEMASIADA INDULGENCIA.- Los padres que son demasiados indulgentes, o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que los rodea. Estos padres les hacen creer a sus hijos que son superiores a los demás niños, se vuelven: desconsiderados, egoístas y tiranos.

Los abuelos tienden a excederse en mimos, ya que ellos habiendo educado ya una familia, quieren volver a experimentar el placer de ser amados por niños pequeños, sin tener la responsabilidad de disciplinarlos.

El niño demasiado caprichoso, muchas veces considerado como el niño delfino es exigente y se lleva mal con los - - otros niños o personas que no le dan gusto. Un acceso de - llanto o un arranque de mal humor, suelen ser comunes y esta exhibición en el hogar le recompensa en todo cuanto pide. Tales exhibiciones son casi el doble más frecuentes en los niños a quienes les ha resultado como un medio provechoso para realizar sus deseos.

El niño mimado, que se presenta con un dentista extraño puede tratar de usar su encanto y persuasión, e incluso forzarle, para evitar el tratamiento y hacer lo que quiere. Y si esto falla, hacen alarde de ira extrema y pueden resistirse incluso con fuerza física, a los intentos de manejo del dentista.

En el consultorio dental, es necesario aplicar una autoridad racional con este tipo de niños.

ANSIEDAD EXCESIVA.- Expresada por los padres del niño, como resultado de alguna enfermedad seria o de alguna tragedia familiar. El padre manifiesta entonces un afecto exagerado y un exceso de protección. Y se opone el padre a que su hijo trabaje o juegue solo. Se exageran mucho las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad, y se le impide que el niño vaya a la escuela o que cumpla su cita con el odontólogo.

Estos niños son generalmente: tímidos, huraños y temerosos y por lo tanto el niño pasa a depender de sus padres para todo.

Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean, sin embargo, es posible que el odontólogo tenga algo de dificultad en vencer sus temores, pero si el se alienta y asegura al niño, este generalmente reacciona de manera satisfactoria.

AUTORIDAD EXCESIVA.- Padres que quieren hacer a sus hijos con cierto comportamiento, con severa disciplina, a veces con crueldad, produciéndole un estado completo de inseguridad y también negativismo, lo cual es resistencia a los intentos de imponerle un plan de acción. El negativismo en el niño se manifiesta como tensión física y retirada ante cualquier forma de acercamiento.

Los niños se vuelven tímidos, delicados, sumisos y temerosos, algunas veces se vuelven resistentes y pueden adoptar una actitud hastiada que no se modifica ni por la razón o la persuasión.

Estos niños carecen de presunción y empuje social, son humildes con sentimientos de inferioridad y con ansiedades profundas.

Como puede imaginarse estos niños constituyen pacientes ideales, sin embargo frecuentemente, a causa de la timidez del niño, el dentista tiene que romper la barrera de timidez haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

DESAFECTO.- El padre que es algo indiferente tiene -- hijos que se sienten inferiores y olvidados. No están seguros de sí mismo y de su lugar en la sociedad, desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Cuando existe indiferencia de los padres para con el niño, por disponer de poco tiempo para su atención; Puede ser por irresponsabilidad entre padre y madre, por razones sociales o económicas, celos en el hogar o cuando hay padrastros esto puede llevar a un sentimiento de inseguridad por parte del niño, pues todo niño necesita el interés, estímulo y guía de sus padres, además necesita cariño y comprensión sobre todo en sus fracasos.

Los síntomas de inseguridad son expresiones de la propia consciencia.

Estos niños son asustadizos, prefieren estar solos, - es indeciso, tímido, vacila para decidirse y es propenso a llorar fácilmente, puede adquirir hábitos como negarse a comer, morderse las uñas, chuparse el dedo, también puede estar malhumorado, y adquirir el negativismo.

RECHAZO.- Las causas por las que los padres rechacen a su hijo son muy variadas, pero las mas comunes son: Falta de madurez en los padres, cuando el niño no es del - - sexo deseado, falta de responsabilidad, etc...

Los niños rechazados, no solo sufren falta de amor y

efecto, si no que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puede que a éstos niños se les critique constantemente, se les moleste y atormente continuamente con demostraciones abiertas de desagrado, pueden estar tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañar que estos niños desarrollen carencia de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas. Puesto que el niño no tiene seguridad en su casa, se vuelve suspicaz, agresivo, -- vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo. A causa de esta actitud, los miembros del grupo de su edad lo encuentran poco agradable y esto lo hace buscar la compañía de otros parecidos a él. Muchos delincuentes infantiles vienen de esa categoría.

En general puede decirse que los padres no siempre -- comprenden al niño porque no siempre saben darle amor. La capacidad de amar no es fácil poseerla como se cree, pues para amar es necesario haber desarrollado la personalidad a la mayor maduración posible.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser -- difícil de manejar. Esta claro que habra de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, si no esforzándose en ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, por que estan necesitados de atención y bondad. Debe enseñarsele que cuando -

se portan, bien el tratamiento dental es mucho mas agradable.

HIJO UNICO.- El hijo único puede recibir demasiada indulgencia, también sus padres son muy cariñosos y protectores con él. El niño tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta, y dado a ataques de mal genio.

Si bien las posibilidades recién mencionadas con respecto al hijo único son bastantes comunes, existe familias en que las actitudes de los padres hacia él son moderadas, entonces el niño puede estar bien centrado.

HIJO ADOPTADO.- La tendencia de los padres con un niño adoptado, es ser demasiado cariñoso y considerados, no sólo porque quiere brindarle todas las ventajas en la vida, sino también por el posible comentario que pueden hacer amigos y vecinos. Un producto común, es un niño tímido, miedoso y retraído.

Al considerar las actitudes de los padres, se considera que, en general es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por la de los hijos para que estos se ajusten a los patrones culturales actuales. Los niños que sufren algo de supresión en casa parecen aceptar las experiencias exteriores con mas animación e interés. Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser buen paciente dental y encajará en un mundo en el que los ajug

tes son siempre necesario. Es claro que el grupo que carga de presión paterna crecerá con deficiencias para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida, de las cuales el tratamiento dental es solo una. Si el dominio es mas evidente en el padre o en la madre, el más severo es el que debería traer al niño al consultorio odontológico. A causa del miedo que, pueda experimentar, ningun niño muy joven deberá venir al consultorio odontológico sin compañía. El consultorio es una nueva experiencia para el niño, por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que solo el padre o la madre puede dar.

LA FILOSOFIA DE LOS PADRES RESPECTO DE LA ENSEÑANZA Y DISCIPLINA DEL NIÑO.-

La enseñanza y la disciplina, de acuerdo a los Balkwin, son elementos para dirigir las energias del niño por canales aceptables, para ayudarlo a superar las formas de conducta menos maduras y a refrenar las demandas emocionales excesivas. Enseñanza significa estímulo activo, mientras que la disciplina implica restricción.

Los Balkwin creen que después de los tres años de edad, la forma más eficaz de castigar es por medio de reprimendas, privación de privilegios y aislamiento. Indican mas adelante que, luego de aplicado el castigo, debe despejarse inmediatamente la atmosfera y en ninguna circunstancia debe el padre demostrar venganza y resentimiento. El odontólogo, también, debe conocer los principios citados y emplearlos con propiedad cuando sea el caso.

GESSEL e ILG, se refieren a las 3 tendencias principales de la filosofía que de los principios y prácticas del cuidado del niño; El autoritarismo, el dejar hacer (Laissez Faire) y el evolucionismo.

AUTORITARISMO.-

Esta ideología profesa el perfeccionamiento y coloca el premio sobre la progresión no desviada en línea recta. Supone que el adulto sabe que necesita aprender la nueva generación. Tales padres sostienen que sus hijos son individuos formadores de hábitos, quienes pueden ser moldeados en determinados patrones de conducta. La ideología no es incompatible con las tendencias del pensamiento totalitario y la disciplina, bajo este régimen tiende a ser severa y en muchas ocasiones, cruel. Esas exigencias parentales tienden a producir negativismos y un sentimiento de inseguridad en el niño que se expresarán en el consultorio odontológico.

EL DEJAR HACER (LAISSEZ FAIRE).- Esta filosofía está expresada en la teoría que "El mundo va solo". Los padres se contentan con pensar que las cosas irán de lo mejor, si el niño no es confiado o restringido en sus actividades.- Creen que el niño sabe y que elija lo que es mejor para él. A la madre y el padre, en tal programa de guía para el niño, se les pide ejercer poco esfuerzo físico o mentalmente. El resultado suele ser un chiquillo que muestra los síntomas comunes al desafecto.

EL EVOLUCIONISMO.- Esta teoría es intermedia de las -
- dos anteriores. Reconoce y admite las fuerzas heredita-
- rias, raciales y familiares, que dirigen y determinan las
- secuencias del crecimiento psicológico, como también el -
- patrón de crecimiento individual del niño. Cree en la au-
- toregulación y autoadaptación, dentro de controles bien -
- dirigidos e inteligentes. El objetivo es conservar todas-
- las potencialidades mejores del niño. Un chico así guian-
- dose se adaptará rápidamente a las rutinas del consulto-
- rio.

Es importante considerar también las relaciones que -
- puede tener el estado físico, la escuela y el medio sobre
- la conducta del niño y la visita al odontólogo.

B).- INFLUENCIA ESCOLAR.

El niño que asiste al jardín de niños tendrá la oportu-
- nidad de estar con otros niños, y así ganar mas tempr-
- no experiencias, que los niños confinados al medio ambian-
- te del hogar, por lo tanto el niño que asista al jardín -
- de niños se adaptará más rápidamente a los procedimientos
- odontológicos.

En la escuela primaria y secundaria, el niño además-
- de la instrucción adecuada que recibe, adquiere un contac-
- to personal con los demás niños en el patio del recreo, y
- en ese patio escucha muchas historias falsas sobre la o--
- dentología. El niño entonces asociará a la odontología con
- el dolor e incomodidad a no ser que otros niños, quienes-

ya han ido al dentista o el maestro, o el padre logran la confianza del niño y puedan dirigir correctamente su pensamiento respecto a la asistencia dental.

El maestro muchas veces, es un substituto muy satisfactorio del padre negligente o incapaz de ganar el respeto y la confianza del niño. Muchos maestros tienen un efecto profundo sobre las actitudes y patrones de conducta de los niños. Las actitudes y el pensamiento de los maestros, están ejemplificados en las acciones y comentarios del niño en el consultorio odontológico.

C).- INFLUENCIA DEL ESTADO FISICO DEL NIÑO.

NIÑO ENFERMO.- El niño que ha estado enfermo en su casa durante un lapso largo, ha gozado de atenciones especiales y privilegios que los padres estaban obligados a darle. Le dan sobre protección, demasiada indulgencia y afecto exagerado. Es el padre sensato quien pueda reconocer estas posibilidades y brindar una guía racional a su hijo durante el interin de la enfermedad y en los periodos que siguen.

Los niños que han sido hospitalizados y relacionados con otros niños durante mucho o algun tiempo son en la mayoría de las veces buenos pacientes en el consultorio odontológico. En ellos es común el espíritu del "Yo también puedo hacerlo".

En cada enfermedad grave constituye una parte impres-

clindible de la terapia general, el arreglo completo de los dientes. El tratamiento odontológico del niño enfermo se rige según principio que difieren algo de los valaderos para niños sanos; Debemos prevenir ante todo, todas aquellas complicaciones que podrían interferir con la terapéutica de las enfermedades o con su convalecencia. Por eso debe procederse en niños enfermos más radicalmente y el plan de tratamiento debe ajustarse al estado actual del paciente.

En la preparación del niño para el tratamiento odontológico deben tenerse en cuenta no solamente los aspectos somáticos, sino también la posibilidad de un trauma psicológico. Por eso no debe faltar la premedicación farmacológica en la preparación del niño para cualquier tratamiento odontológico mayor.

ENFERMEDADES DEL CORAZON Y DE LA CIRCULACION.- En el tratamiento odontológico de niños con trastornos circulatorios rigen los siguientes principios. La circulación no debe ser recargada, debe evitarse la diseminación de gérmenes en la circulación sanguínea, y todos los focos, infecciosos en la cavidad bucal, deben ser removidos radicalmente. En los cardiacos no debe usarse anestésicos que contengan vasoconstructores (adrenalina). En caso de complicaciones circulatorias debe tenerse a mano oxígeno. No debe subestimarse la influencia psicógena del temor y la angustia, que puede ser muy considerable en los trastornos circulatorios. En enfermedades cardiacas de origen infeccioso,

debe pensarse en un tratamiento prolongado con antibióticos. Las intervenciones se realizarán únicamente después de la compensación y se debe además preparar psicológicamente a los niños.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS INTESTINALES.- Dificultan el tratamiento odontológico aquellas enfermedades de las vías gastrointestinales, (por ejemplo gastritis aguda), que van acompañadas por reflejos de náuseas hasta verdaderos vómitos. Esto debe tenerse en cuenta en la premedicación (antiemética), pensando también siempre en una mayor dosis de sedativos. Si la enfermedad está acompañada de una mayor producción de saliva hay que dar medicamentos antisalivales. En primer lugar, para esto, tenemos sulfato de atropina. Todo tratamiento debe ser corto, con interrupciones frecuentes y usando pocos instrumentos; Se evitará en lo posible tocar la lengua o el paladar.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.- En estas enfermedades preferimos la codeína para reprimir la tos y los reflejos faríngeos. A un una trivial de la cavidad nasal provoca una congestión con la cual aumentan la tendencia a toser y los reflejos faríngeos por lo general, es inapropiada aquí la anestesia por inhalación. Los trastornos asmáticos pueden tener causa psíquica, por lo cual están indicados los medicamentos psicolíticos en mayores dosis. Para la premedicación se prestan también los antihistamínicos. Antes de usar algunos anestésicos conviene hacer TESTS dermatológicos (Especialmente por la procaina).

C A P I T U L O V

CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El problema principal en los niños es el dominio del medio y la adaptación a un ambiente extraño.

Los temores y las ansiedades que el niño experimenta hacia el tratamiento dental son importantes ya que uno de los principales objetivos de la odontopediatría consiste en ayudar al niño a reducir estos temores, de tal manera que adopte una actitud positiva hacia la aceptación y el mantenimiento de su salud dental. Sin embargo la presencia de ansiedad y de estados de tensión en el ambiente dental, no necesariamente implica la ausencia de algún trauma psicológico del niño.

Después de haber analizado brevemente, tanto el desarrollo psicológico como los diferentes factores que influyen en la vida del niño vamos a explicar rápidamente las diferentes reacciones de este, ante el cirujano dentista y la actitud o conducta a seguir hacia el pequeño paciente.

NIÑO TIMIDO.-

La timidez es una reacción que se observa ocasionalmente, pero en particular se presenta en el caso de los pacientes de primera vez. El niño tímido puede adoptar esta actitud por gran número de razones: Falta de afecto de los padres, falta de oportunidades de conocer a otras per-

sonas fuera de su medio ambiente familiar, ser hijo único, padres perfeccionistas o muy autoritarios.

A un niño tímido es fácil reconocerle, pues al acercarse al sillón dental se esconde detrás de su madre o de la persona que lo acompaña para evitar el contacto directo -- con el odontólogo. No contestan cuando se le interroga, no ven a los ojos directamente si no que rehuye la mirada, mag tiene la cabeza baja.

El niño tímido es duro de convencer y es evidente que mientras esta rodeado de timidez ninguna o poca colaboración obtendremos de él.

La asistente y el dentista deberán canalizar todos los esfuerzos a lograr que tanto el niño como sus padres se sientan a gusto en el consultorio. En estos casos y en las primeras citas se permitira que la madre permanezca en el gabinete dental. Deberá hablarse al niño por su nombre y averiguar si el tiene algun pasatiempo, animal o juego o programa de televisión que le agrade especialmente. Se le dará tiempo para ir venciendo su timidez y no deberá forzarseles a responder a nuestras preguntas.

En estos niños debemos trabajar lo mas rápidamente posible, desde luego procurando que nuestros movimientos -- sean precisos para evitar causar molestias, sin por ello -- abandonar la técnica de tratamiento.

EL NIÑO TIMIDO CON MIEDO.-

Los niños timidos con miedo presentan oposición y una

resistencia pasiva, estos al entrar al contacto con el cirujano dentista comienzan a llorar. Es aquí cuando el odontólogo debe tener mas tacto, ya que debe dar comprensión y generar la confianza del pequeño, lo mas rápidamente posible para que desaparezca su timidez, es necesario indicarle a estos niños lo que se le va a hacer y demostrarles - un sincero interés por el y estableciendo relaciones creadoras de confianza.

EL NIÑO TIMIDO SIN MIEDO.-

Son facilmente manejables, pues lo que les indicamos lo aceptaran con menor resistencia al anterior y sin comentarios. Generalmente hablan poco y cuando lo hacen, solamente lo muy necesario, son niños de poca acción, temerosos muy propensos a avergonzarse y no se sienten seguros de si mismo. Cuando siente algún dolor, por su timidez no lo reportan, hay que tener cuidado para no llegar a lastimarlos. Por lo general son buenos pacientes, a los cuales debemos de premiar, alabando su obediencia y cooperación para con nosotros.

EL NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO.-

Estos niños son el resultado de la indulgencia o del rechazo de los padres en algunas ocasiones. Son caprichosos, consentidos y dominantes, tratan de imponer su voluntad a todo el mundo y se sienten dueños de la situación. Hay una abierta oposición de parte del niño, demostrandolo al tratar de persuadir al padre o al acompañante de que -

se lo lleven a su casa para evitar el encuentro con el dentista, por medio de escenas de llanto o de cualquier artimaña. La madre o el acompañante generalmente en ese momento, comienzan a hacerle varias promesas, pero el niño no le interesan, lo que el quiere es que lo saquen del consultorio y no les hará caso a sus promesas en esos momentos, ya que el está acostumbrado a que casi todas las cosas sean suyas con solo pedirles.

La entrevista inicial nos fijará los pasos a seguir, es decir que ese niño será un desafío a nuestro futuro en la profesión y también a toda la odontología.

Al odontólogo no le conviene enojarse, mostrar que está irritado o expresar antipatía por el niño pues el padre se dará cuenta de tales reacciones y tendrá un buen motivo para asumir una actitud protectora hacia su hijo. El niño, puede percibir también signo de enojo, por parte del odontólogo y esta reacción conducirá a muchas inconvenientes. Además, el odontólogo enojado no puede, en realidad operar con eficiencia y muy probablemente resultará - mas daño que bien, del procedimiento intentado.

Nunca posponerse para la siguiente cita el tratamiento que se haya empezado con el niño rebelde, que nada con seguirá en la nueva cita.

Después de haber obtenido la confianza y consentimiento del padre para estar a solas con el niño, el odontólogo

deberá mantenerse sereno para convencer al pequeño de que esta en el consultorio y que es lo que se le va hacer, -- habiéndole no con dureza pero si con autoridad y calma.

El convencimiento es el mejor medio para persuadirlo de su negativa, pero muchas veces este tipo especial de niños que no atiende a lo que se les pide y continuan llorando, se recurrirá a la fuerza consistente en sujetar -- firmemente sus manos y sus pies, y el odontólogo le coloca sus manos con firmeza en la boca y la nariz, durante -- unos 5 o 10 segundos y entonces se le dice: "No me gusta tenerte así pero debe hacerlo hasta que dejes de llorar y patear". Este solo tratamiento es por lo general suficiente, a pesar de que a veces es necesario repetirlo varias veces.

Hay que hacerle notar que a pesar de sus deseos, contrarios a nosotros, el trabajo que necesite hacerle, habra de efectuarse. También es conveniente explicarles que si lloran sin motivo no sabremos distinguir cuando le hacemos daño o cuando es simplemente el berrinche, por lo -- cual le aconsejamos que deje de llorar, En todos los casos el odontólogo debe ser el dueño de la situación.

Una vez que el niño esté controlado se le puede pedir que coopere con nosotros, y terminando el tratamiento se le felicitará y agradecerá su cooperación, lo que le hará sentirse orgulloso. Cuando se le lleva con su padre generalmente ha tomado una actitud entusiasta lo cual satisface al padre.

NIÑO DESAFIANTE.-

Generalmente esta actitud la presentan niños que han sido sobreprotegidos por sus padres, este tipo de niños se presenta más frecuentemente en los varones. Desafían la autoridad del dentista negándose a abrir la boca o diciendo que no necesitan que se les haga nada o que no les importan la salud de sus dientes.

Generalmente su desafío es para fanfarronería y el dentista deberá imponer disciplina para lograr su cooperación.

Cuando se ha obtenido la confianza y consentimiento del padre para ver al niño a solas, el problema está resuelto, ya que el tratamiento es el mismo del niño incorregible. Estos niños llegan a ser excelentes pacientes y verdaderos amigos en corto tiempo.

NIÑO MIEDOSO

Algunas de las causas del miedo son las injustificadas publicaciones que ridiculizan al dentista, y no originan otra cosa que aumentar las tensiones emotivas del niño exteriorizándola al presentarse ante el dentista. Otras causas son el resultado de conversaciones con otros niños que han tenido experiencias dolorosas o de amenaza de los padres de llevarlos con el odontólogo a que le saque sus dientes si no se portan bien o si no hacen tal o cual cosa.

El miedo solo puede ser vencido estableciendo confianza

se en el individuo, y para ganarnos esta confianza debemos de actuar de la misma forma que lo hacemos con el niño tímido. Ya logrado este propósito se interviendra en -- una forma que ocasione la menor molestia al niño, tratando de mostrar lo agradable y bueno que puede tener la intervención en ese momento y el provecho futuro de la salud de su boca.

Nunca debe perderse oportunidad para estimular la -- amistad, comprensión y apreciación de los méritos del pequeño.

NIÑO NORMAL.-

Son los niños que han sido educados por sus padres -- dentro de una normalidad, pueden provenir de una familia de indistinta clase social, pero siempre de un hogar en -- el que hay disciplina y cuyos padres juiciosamente orientan y encausan sus actitudes.

Si los padres les indican a sus hijos que el consulto -- rio dental no es una cámara de castigos si no por lo contrario, que es un lugar en el cual les pueden aliviar una molestia o prevenir un mal futuro, al comprenderlo, el niño será receptivo en su primera visita, de acuerdo de -- luego a su edad.

El niño normal, es un niño cooperador que no opone re -- sistencia y cuando llega al consultorio brinca gustoso al sillón en estos casos procuraremos indicarle el uso de --

nuestro instrumental y aparatos con el fin de que el usag los no empiece a desconfiar de nosotros. Procuraremos hacer rápidamente las preparaciones, sin ello llegar a descuidar y molestar innecesariamente al niño, ya que si abysamos de ello lo único que lograremos a la larga es convertirlos en pacientes problemas lo cual ira en contra de nuestra profesión y de nosotros mismos.

NIÑO ANORMAL.-

Por desgracia, los niños con diferentes impedimentos han sido descuidados social educacional, física y profesionalmente.

El paralitico cerebral presenta uno de los mayores -- problemas para el odontólogo, y también otros estados como el retrasado mental, distrofia muscular, problemas ortopedicos resultado de la poliomelitis, discracias sanguinias ceguera, sordera, epilepsia, labio y paladar fisurado. Los padres de éstos niños tienden a ser demasiados indulgentes y demasiados protectores con ellos.

El profesional debe tener siempre presente que la mayoría de estos niños son tímidos, sensibles y se asustan facilmente, no han participado en actividades sociales físicas e intelectuales, que los niños normales experimentan en su vida cotidiana, lo cual crea una esquema anormal en su conducta.

El exámen debe de efectuarse con simpatía, cariño con comprensión y firmeza indulgentes. Estos niños pueden presen

tar inicialmente un problema para el odontólogo. Sin embargo, con comprensión, paciencia y un auténtico deseo de ayudarlos, el manejo de estos niños puede llegar a ser una experiencia gratificante.

Las visitas no deben ser muy prolongadas, porque los impedidos se fatigan fácilmente. Hay que verlos con frecuencia para tratamientos profilácticos y periodontal porque la enfermedad gingival y periodontal prevalece más que en los niños normales.

Debe de instruirse a los padres para que cumplan con las medidas de higiene en el hogar. En muchos casos el padre o la encargada de su cuidado, deben cepillar los dientes y masajear las encías del niño.

La mayoría de estos niños pueden ser tratados en el -- consultorio odontológico privado. Los niños mas gravemente impedidos deben ser tratado con anestesia general y es preferible que el procedimiento se lleve a cabo en un hospital en colaboración con el equipo médico.

CAPITULO VI

ALGUNOS MECANISMOS BASICOS DE LA CONDUCTA.

Nuestra generación se ha formado en la costumbre de contemplar al hombre llamando a la puerta de la naturaleza y exigiendo el conocimiento de sus secretos en respuesta a sus preguntas. Ya no nos satisface el empirismo que responde a nuestros interrogantes con lo que debemos emplear para conseguir determinado objetivo. Suponemos hoy que tenemos el derecho de preguntar y de obtener respuestas que tengan que ver con el "por qué" y el "cómo" de las cosas y que así nos proveyamos de una base mejor para llegar a soluciones prácticas de los problemas cotidianos.

Hemos llegado a contemplar los acontecimientos del mundo que nos rodea como intrínsecamente sujetos a explicación racional. Hemos llegado a suponer que se hallarán explicaciones para aquellos fenómenos que aún no comprendemos, y lo hacemos habitualmente, es decir, lo hacemos así excepto en lo que se refiere a la conducta humana.

La ciencia, en un sentido general, puede ser definida como un método de establecer teorías que relacionen, en forma predecible, los fenómenos que observamos. Se refiere a las relaciones y descansa en la suposición básica de que los fenómenos observables pueden ser relacionados en una forma significativa. Sin duda si uno supone que los fenómenos pueden "simplemente suceder" en forma espontánea,

sin orden y su relación con los otros fenómenos, el concepto de las leyes físicas pierde su sentido y nos hallamos a la deriva en un mundo confuso y sin estructura, donde la predicción y la explicación son imposibles.

Nuestra comprensión de la conducta humana, por incompleta que sea, también descansa en el supuesto de que la conducta no es algo que simplemente sucede, si no que ella también está determinada por cierto complejo de condiciones antecedentes, que nuestra frecuente incapacidad para especificarlas es una función de nuestra falta actual de conocimientos y no de una falta inherente de "posibilidad de explicación". Aceptando este supuesto básico y abriendo los interrogantes con las respuestas que les corresponden sobre la conducta humana, ha sido dado el primer paso hacia su comprensión y para ser capaz de usar esa comprensión como base explícita y racional para la predicción, la explicación y la acción.

CONSTRUCCIONES HIPOTÉTICAS.

Como toda teoría científica depende de construcciones, la explicación de las características de las mismas podría servir para evitar la incomodidad con que mucho se acercan a las teorías de la conducta humana. Una construcción es una entidad hipotética, postulada por el teorizador de modo que le permita conectar las variables observables e definibles y dotada por el mismo de propiedades -- que tornen consecuente y predecible esa conexión.

Si abordecamos las teorías de la conducta con la misma disposición mental, sin exigir de las construcciones más que puedan cumplir esta misma función de relacionar lo observable, podemos abandonar a los filósofos los interrogantes sobre la "realidad" de las construcciones e interesarnos por su aplicación útil.

Todas las teorías de la conducta hacen uso de tales construcciones, y llámesele "impulso", "motivación", "organización perceptiva" o "superego", sirven todas al propósito de dar un sentido predecible consecuente a lo que de otro modo sería sólo un embrollo de observaciones inconexas.

PROCESOS INCONSCIENTES

El psicoanálisis supone, como cualquier teoría utilizable de la conducta humana, que tenemos conciencia plena de sólo una parte reducida de los fenómenos que acontecen en nuestra vida psíquica (es decir, mental y emocional).- Un vasto ámbito de nuestras vidas que involucra los recuerdos, actitudes, temores, sentimientos, valores, decisiones, etc., funciona en un nivel totalmente inconsciente. Esto nos evita la necesidad de cargar la conciencia con las mil y una minucias de la vida cotidiana y nos libera para la consideración relativamente no perturbada de problemas más importantes. Este concepto de procesos inconscientes, anticipado parcialmente por varios psicólogos antes del advenimiento del psicoanálisis, pero formulado por primera vez por Freud en toda su plenitud, podría ser

la mas notable contribución aislada de los psicoanalistas a nuestra comprensión de la conducta humana.

ANATOMIA PSIQUICA.

La "anatomía psíquica" de Freud, según la cual divide el aparato mental del ser humano en tres entidades funcionales el ello, el ego y el superego- es un concepto que es sumamente necesario que comprendamos; Esta división -- tripartita corresponde muy eficazmente a nuestras necesidades e impulsos, a nuestra relación con la realidad incluidas nuestras funciones mentales conscientes y nuestra conciencia así como nuestras sentimientos de autocrítica. Sin embargo, debemos comprender que nos es posible observar las funciones de estas construcciones y no estas mismas. La forma de adaptación social por la cual, bajo ciertas circunstancias, reprimimos la satisfacción de ciertas necesidades como el sexo o la eliminación ilustran sin duda la interacción de las funciones del ello y el ego. Las construcciones misma-el ello y el ego en este caso- las inferimos de las observaciones. Si se aceptan estas construcciones como tales, pueden sernos muy útiles para la conceptualización de la conducta que observamos y para intentar relacionarla con sus condiciones antecedentes.

ELLO.- El ello es una suma de los impulsos primitivos básicos que dominan la existencia psíquica de la criatura. El ello se caracteriza por su insistencia en una gratificación inmediata de sus exigencias. La postergación es insoportable para el recién nacido y sólo la acepta gradual-

mente, a medida que forma su ego. Las funciones del ego se despliegan con claridad muy inferior en el ser humano adulto, a causa de la modificación, postergación y directa supresión que les imponen el ego y el superego, pero siguiendo siendo tan fundamentales para la conducta en el adulto como en las criaturas.

EGO.- Las funciones del ego surgen como un resultado de la experiencia y tienen que ver en la relación con el mundo en que vive la persona. Involucran la percepción por todos los medios sensoriales, y en este sentido proveen el primer lazo con el mundo exterior. Al desarrollarse el individuo, la suma de su experiencia se organiza en un patrón que determina sus reacciones al medio y forma el comienzo de patrón de comprensión que determina cuáles de las exigencias del ello podrán ser satisfechas bajo las condiciones existentes y de que manera. Estas funciones del ego -- tienen que ver únicamente con el resultado probable de la conducta. Es decir, tiene que ver sólo con las consideraciones de lo que sucederá si la persona realiza determinada cosa.

Así, a medida que un niño crece, aprende que tocar una cocina caliente lo quemará, que quitarle un juguete al hermano mayor lo ocasionará un desastre físico y que arrojar comida al suelo determinará que su madre sea mucho menos amistosa y grata que de costumbre. Estos trozos de conocimientos tenderán a regular los intentos del niño por satisfacer las exigencias de su ello, no por una preocupación -

por el bien y el mal, sino puramente en términos de la ex tensión en que tales intentos puedan resultar placenteros o no.

Las funciones del ego que tan altamente valoramos en nuestra apreciación del ajuste de una persona son los fac tores que tienden a facultarlo para evaluar la situación-vital actual correctamente y hacerlo actuar de acuerdo -- con ello. Es decir, esas funciones le permiten satisfacer la mayor cantidad posible de deseos, y hacerlo en forma - práctica y apropiada (por lo tanto, sin que sean catas tróficas sus consecuencias), con una postergación o total -- eliminación de la satisfacción de otros deseos para los - cuales no parezca existir un medio apropiado de satisfac- sión. De ese modo el ego toma en cuenta, en su manejo de - las exigencias del ello, no sólo la disponibilidad de la - fuente de satisfacción y el precio, en términos de casti- go o malestar, que habrá de pagar, sino además las reac- ciones probables de las personas que podrían estar involy- cradas o verse afectadas.

SUPEREGO.- El superego, por otra parte, corresponde a la moral, el bien y el mal, lo correcto y lo incorrecto, y no a las posibilidades prácticas y la oportunidad. Es la fuente de los sentimientos de culpabilidad consecutivos a ciertos actos, o aun a ciertos deseos, aun cuando tales ag tos hayan acontecido sin consecuencias desagradables o - dificultades. El superego es, entonces, la fuente de autg- crítica y el sistema de valores en que se produce la autg-

crítica. Constituye un nuevo factor con el cual el ego tiene que habérselas, y la posibilidad de desagradables sentimientos de culpa tiene que ser considerada como parte del precio que es preciso pagar si es que se han de satisfacer ciertos deseos. Por ejemplo, el ego del niño muy pequeño sólo tiene que interesarse por el hecho de que éste pueda "salir bien" del robo de algún dulce o juguete de la despensa. En el niño mayor, el ego deberá considerar asimismo la posible desaprobación del superego, en cuyo caso el pequeño podría refrenarse de robar el objeto deseado con el fin de evitar el sentimiento de culpabilidad, aun cuando el castigo exterior real por el robo fuera sumamente improbable.

Vemos ahora al individuo como un ello que plantea exigencias de satisfacción de ciertos deseos. Esto se produce en una situación vital en la cual el "con que" para la satisfacción de algunas de esas exigencias está presente, así como las personas que podrían imponer penalidades desagradables a ciertos tipos de actos. También está el sentimiento de culpabilidad si se transgreden esos valores. La tarea del ego resulta ser la de satisfacción de aquellas necesidades que se le puede satisfacer por los recursos de la situación, si es que se le puede hacer sin que resulte demasiado displacer, y postergará la satisfacción de otras exigencias del ello hasta que se cuente con un momento y lugar más apropiado.

MECANISMOS DEL EGO

REPRESION.- El ego dispone de varios mecanismos para el cumplimiento de su tarea como mediador en este conflicto interminable de intereses. Uno de los más importantes es la represión, el acto de relegar al inconsciente ciertos deseos inaceptables o prohibidos o recuerdos dolorosos y de mantenerlos allí donde no pueden entrometerse con la conciencia para crear la molesta necesidad de realizar decisiones difíciles. Esta represión para que sea satisfactoriamente completa, exige una cantidad considerable de constante esfuerzo; cuando quiera que éste cede, el deseo o el recuerdo prohibido brotan a la conciencia y crean la angustia y la culpabilidad. Es obvio que el éxito de esta represión depende de las fuerzas relativas del material reprimido y del mecanismo de represión del ego.

REGRESION.- A diferencia de la represión, procura satisfacer el impulso, pero se dedica a ello en una forma -- más bien tortuosa. El niño de cuatro o cinco años puede -- llorar cuando se le niega un pedido; ese llanto puede dar por resultado que obtenga lo que desea, pues las buenas intenciones de su madre se rinden ante sus sentimientos de simpatías. Cuando llega a la edad adulta, se supone que el hombre ha abandonado ese medio particular de lograr lo que desea y que haya adoptado modos más naturales y racionales de lograr sus objetivos. Si esos enfoques naturales y racionales no producen los resultados deseados, sin embargo, y el hombre se encuentra con su reconocimiento despreciado y

con sus deseos aún frustrados, puede volverse hacia una conducta que en su infancia le resolvió el problema: puede experimentar una explosión temperamental.

Si prestamos atención cuando vemos que algunas son advertidas de que "dejen de comportarse como niños", casi siempre descubrimos que esa conducta regresiva se produce en una situación frustrante en la cual un enfoque relativamente maduro ha sido desaprobado o rechazado. Podemos imaginar la regresión como la tendencia, en una frustración, a recaer en un patrón de conducta que, aunque inapropiado en esta ocasión, ha sido apropiado y eficaz en un período anterior de la vida del individuo.

IDENTIFICACION.- Todos conocemos una persona que busca la estimación y la seguridad en virtud de las características, realizaciones o posesiones de grupos u otros individuos a los cuales se asocia. Desde el comienzo mismo, se sabe que el niño es miembro de cierta familia y como tal se reacciona ante él. Más tarde comparte los atributos de sus compañeros de escuela, amigos etc., Se une a organizaciones y se reacciona ante él en forma distinta como consecuencia de su asociación. Se viste como el ídolo cinematográfico del momento y adapta expresiones asociadas a otras figuras populares. Es por ese proceso de identificación que el ego se construye una sensación de identidad durante los años formativos de la vida de la persona; ésta puede ser una clase de influencia sumamente positiva pues inspira al joven a imitar a su héroes. Se --

convierte en un impedimento sólo cuando comienza a servir como medio preferido para el logro de identidad y se convierte en patológica cuando el hombre comienza a no verse mas que como una función de la gente y las organizaciones con las cuales se asocia y no como una función de sus propias características y realizaciones. Fácilmente se puede ver que hay un paso muy pequeño de aquí a las ilusiones del neurótico o psicótico grave.

PROYECCION.- Consiste en atribuir las propias características o motivos de los demás. Se ve esto en la típica respuesta del niño al compañero de juego que lo acusa "no los soy yo; tu lo eres". En la vida adulta, la proyección tiende muy particularmente a ser consecutiva a un fuerte sentimiento de culpa cuando el superego de una persona registra una desaprobación de sus actos, pensamientos y fantasías. Para evitar la desagradable perspectiva de tener que criticarse a si mismo por esas características -- atribuye las mismas a otros a quien puede acusar y criticar. Los políticos y los reformadores morales nos suministran ejemplos excelentes de proyección pues sus acusaciones pueden servir a veces el propósito de distraer la atención pública de sus propios delitos hacia los demás.

FANTASIA.- Es otro tipo de conducta defensiva que consiste en sustituir con una especie de sueño vigili estereotipado a la actividad real. Esto asegura a esa persona la satisfacción, pues no existe una verdadera limitación a sus posibilidades en una situación imaginaria y no hay --

que tomar en cuenta la producción del fracaso. Puede servir de recurso muy creador, que faculte a una persona para generar una situación y elegir su propia imaginación - el resultado, siempre que la fantasía sea bastante realista. Al mismo tiempo, es una alternativa muy peligrosa respecto de la participación efectiva en el mundo real, pues la liberación del fracaso y la facilidad comparativa del éxito en cualquier empresa puede llevar a esa persona a - preferir su mundo de fantasías en vez del mundo de la realidad al menos para la solución de los problemas difíciles si no para una presencia permanente.

Debe quedar claro que todas estas defensas de la conducta pueden servir para que nuestras vidas sean mucho -- más satisfactorias, si se las emplean con habilidad y prudencia. Pueden ser patológicas si se emplean con exceso o como medio de escape a los problemas reales afrontado por nosotros. Quizás la clave de la comprensión y -- apreciación de tales mecanismos defensivos en su verdadera esencia funcional es la comprensión de que pueden ser contemplados como soluciones buscadas para las situaciones problemáticas frustrantes. Aun cuando constituyen un -- patrón de "síntomas" de conducta patológica, sirven lo -- mismo al propósito de hacer que la vida sea menos intolerable para la persona de lo que sería sin el uso de esos mecanismos. En este sentido, el síntoma debe ser contemplado como una solución al problema, aun, cuando sea una solución menos satisfactoria que aquellas que desearíamos ver empleadas.

CONDUCTA PATOLÓGICA

No se puede discutir la enfermedad mental o conducta patológica ni siquiera brevemente, dentro del espacio de este capítulo, pero es preciso mencionar de algún modo la influencia que ejerce sobre el progreso práctico del tratamiento en cada consultorio dental. Debemos comprender que la conducta patológica no se presenta en una forma total; las personas, en términos generales, no están enfermas o sanas en este sentido, como tampoco en el sentido físico. En cambio, vemos patrones de conducta patológica en muchas personas que en otros sentidos se comportan perfectamente bien. A menudo se los domina escapes o indiosincrasias, acertadamente, al implicar que son zona aislada de excepción en personas en otro sentido sanas y de buen ajuste.

Por aislados y excepcionales que pueden ser en un determinado paciente esos escapes pueden afectar la relación entre el paciente y el odontólogo y puede limitar drásticamente la medida en que la comprensión, la cooperación y la confianza puedan desarrollarse.

C A P I T U L O V I I

VALORACION PSICOLOGICA DE LOS ASPECTOS DEL CONSULTORIO.

Se olvida demasiado facilmente, que el aspecto de un lugar cause una impresión bien determinada, que pueda ser muy intensa y perdurable.

El éxito o fracaso de su práctica profesional depende muy poco de la cantidad de lujo que decora su consultorio, del color de sus paredes, de los cuadros colgados en la sala de espera y hasta, lamentablemente, de la calidad de odontología que usted brinda. Pero todos estos factores, - así como otros aun más remotos, hacen un impacto en el paciente que influirá en su decisión de volver a usted para nuevos tratamientos o de recomendar sus servicios odontológicos a otras personas.

LA ASISTENTE DENTAL.-

La primera persona con la que el niño se pone en contacto al llegar al consultorio, es la asistente dental. - De ese primer encuentro depende gran parte de la respuesta positiva del pequeño. La actitud espontánea y genuinacordialidad se captan de inmediato, lo mismo que la sonrisa de comprensión, el desganado, el tono seco y poco amable. También considero inconveniente demasiada familiaridad -- con el niño, pues esto desconfía de las excesivas demostraciones de afecto por parte de una persona desconocida.

Mientras el odontólogo habla con los padres, la asistente se ocupa del niño. La mayoría de los niños muestran en esta situación cierta curiosidad, lo que se puede aprovechar bien. La experiencia nos enseña que es necesario - dirigir la curiosidad infantil, inadvertidamente hacia objetos interesantes. Por ejemplo, se despierta la curiosidad de un niño pequeño al bombear hacia arriba el sillón - o el chorro de agua en la salivadora, un niño mayor podría interesarse por los preparativos para la mezcla del material de obturación u otros detalles técnicos.

Las exigencias para una asistente dental son grandes. No solo debe iniciar el contacto con el niño, si no que - ha de ganarse su confianza con amabilidad, indulgencia y paciencia. Su tarea principal es preparar el terreno para el profesional. No debe pasar nunca que la asistente dental atraiga tanto al niño que este pudiera llegar a pensar en encontrar protección en ella contra el odontólogo. Una asistente dental de gran categoría observa atentamente el curso del tratamiento, prepara los instrumentos necesarios, y se comunica con el profesional mas bien por gestos discretos, que con palabras. Una asistente dental - que sepa observar y escuchar "más allá de las palabras".- Puede proporcionar al profesional una muy valiosa cooperación.

LA SALA DE ESPERA.-

La sala de espera debe ser agradable, luminosa, con - un amueblamiento que sea atractivo para el niño, es decir

con cuadros alegres vitrinas con objetos interesantes, algunos juguetes, flores, libros y revistas para niños. Es imprescindible desde luego mantener todo en buen estado, y -- cambiarlo de vez en cuando.

Pero sin embargo, no es necesario ni fundamental decorar especialmente con motivos infantiles, si no ofrecer un ambiente grato y sobrio. Sin embargo debemos tener presente que el aspecto físico no controla la conducta de nuestros - pacientes pero puede influir en su estado de ánimo.

Es importante que al entrar el paciente a la sala de recepción sea recibido por un ambiente agradable y de cordialidad sincera por parte de nuestra secretaria. Para controlar un poco el estado de nerviosismo con el que el paciente y sus padres en algunas ocasiones, llegan al consultorio.

Se sobre entiende, que el tiempo de espera debe ser lo más breve posible, y que la sala de espera debe ser aislada contra los ruidos del consultorio.

En general los colores que se recomiendan son del tipo-color pastel. La música contribuye a crear ese ambiente grato que sirve como un relajante nervioso, la selección musical responde a gustos personales. Es importante también tratar de eliminar los olores de nuestros medicamentos, que se impregnan al consultorio.

Aunque actualmente se sigue el sistema de citas y los - pacientes no pasan mucho tiempo en la sala de espera, es --

bueno tener revistas y pequeños libros para el entretenimiento de los padres y para los chicos existe una enorme cantidad de cuentos, bellamente ilustrados que pueden ser utilizados hasta por los niños mas pequeños, que les encantan ver láminas de colores.

Además de revistas, libros, es bueno que los niños encuentren elemento para dibujar o trabajar en plastilina o papel para recortar y pegar. Por medio de esta actividad descargar buena parte de la agresividad y tensión contenidas en el consultorio. Esto nos lleva a decir algo respecto a la abreactión. Dice DREYER, (1952) que el término es empleado por los psicoanalistas para el proceso de liberar una emoción reprimida reviviendo en la imaginación la experiencia original". HENDRICK (1950) la define como una "descarga terapéuticamente eficaz de los efectos con reminiscencia de un recuerdo reprimido".

En los niños mayorcitos, el dibujo permite la expresión de los sentimientos. El análisis de los dibujos ofrece un gran material, que permite comprender al niño, facilitando la formación del vínculo cordial con el odontólogo, base del buen éxito en el tratamiento.

Una forma de sembrar semillas mentales positivas es colocar sobre las paredes carteles con pequeños mensajes preventivos, la opinión de los padres acerca del odontólogo y su concepto de la odontología sera establecido durante los quince primeros minutos. Aunque no se mencione con

con frecuencia como elemento de motivación la sala de recepción a la reacción inicial del paciente ayudan a este a aceptar o rechazar todo lo que siga posteriormente.

EL ODONTOLOGO.-

Para ser odontólogo no basta una formación científica se requiere también el arte de tratar a los seres humanos. El arte de tratar a los niños no solo requiere conocimientos psicológicos y experiencia práctica, si no el constante afán por emplear esos conocimientos y experiencias en la práctica.

El principal objetivo del edontopediatra consiste en proporcionar al niño una salud dental completa, llegando el niño a la edad adulta orgulloso de sus dientes, con -- buenos hábitos y con un deseo de atención odontológica correcta.

El odontólogo debe abordar individualmente a cada niño; mostrarse bondadoso y complaciente cuando sea necesario y ponerse firme y positivo cuando está indicado. La -- mayor parte de los odontólogos aprenden pronto que son -- por igual ineficaces la demasiada rigidez autoritaria, como la complacencia exagerada, y que daña su práctica, así como así mismo como persona. Y si posee además suficiente habilidad y sabe trabajar rápido y suavemente su éxito estará asegurado.

Es comprensible que el odontólogo debe tener un vivo interés por el niño, pero que éste quede cautivado verdaderamente.

deramente por la charla. Además las conversaciones con los niños pequeños y mayores, en cierta modo también son provechosas para el odontólogo, porque así llega a conocer el amplio campo de intereses infantiles, y esto lo puede aplicar en seguida para el próximo paciente, y aparte de esto adquiere informaciones psicológicas que completan sus conocimientos teóricos.

El control de su voz, por parte del odontólogo, es un factor muy importante en el manejo del paciente; la voz debe ser modulada pausada, que todos los movimientos sean -- suaves y al mismo tiempo firmes, las vacilaciones y las -- brusquedades atemorizan al niño y le crean desconfianza.

La actitud del odontólogo respecto al paciente niño se reflejará en sus modales, su manera de expresarse y su aspecto personal y el de su consultorio, y como también en -- su sinceridad. La presencia de su instrumental debe ser mínima a la vista del niño evitar tener las manos, algodones o toallas manchadas de sangre, hay que hablar muy poco sobre miedo, sangre o calma, ya que el comportamiento tranquilo se presupone como algo natural. Solo en algunos niños -- miedosos conviene alabar su comportamiento tranquilo, eventualmente también una pequeña recompensa. Las recompensas -- dadas por el odontólogo o por los padres, no deben darse como un soborno, para que el niño se deje tratar y tampoco -- como indemnización por los sufrimientos padecidos.

El odontólogo para tener éxito en su práctica con los niños deberá reconocer la importancia que tiene la influen-

cia de los padres sobre la forma de pensar y la conducta de los niños. Con frecuencia son los padres los que se convierten en el mayor problema para obtener exitosa conducta por parte del niño. Por lo tanto, no deberá ignorarse las variaciones en la conducta, experiencias y enseñanzas de los padres al presentarlos ellos al consultorio dental. El odontopediatra que no evalúa a los padres y que no cuenta ni con la participación ni con la confianza de ellos nunca podrá tener éxito en su práctica profesional.

EL CONSULTORIO.- La única precaución que debemos tener al diseñar nuestro consultorio es que: el equipo se adecue al hombre y no el hombre al equipo: al "hombre" es tanto el profesional como el paciente. El equipo debe ser adquirido con el objetivo de la conveniencia del odontólogo, para que le permita actuar con mayor eficacia. No ha de ser utilizado como sustituto de una relación de mutua-comprensión con el paciente como individuo. Esta consideración servirá para mejorar la relación profesional-paciente.

No es imprescindible, ni requisito importante para una gran práctica odontopediátrica, tener un sillón dental para niño, unidad, gabinete y sala de operatoria especial. Algunos odontopediatras disfrazan el consultorio en un rancho, en circo o en algo fantástico. Pero se ha comprobado que los mejores odontopediatras no complican sus prácticas con trucos, dispositivos, premios o atmósferas de países de hadas. Weinberg dijo que un consultorio no -

un circo de tres pistas. Un consultorio es y debe de seguir siendo un consultorio odontológico y no un cuarto de juegos. No se trata de alejar la mente del niño a la realidad que enfrenta. Además el niño sabe perfectamente a que va al consultorio y tiene todo el derecho de pensar "Que feo debe de ser todo esto para que lo disfrazen así". Todos los consultorios "disimulados" son excelentes técnicas publicitarias, para determinados medios y público, pero no atañen en absoluto al ejercicio de la buena odontopediatría.

La suposición de que los aspectos físicos del consultorio pueden regular la conducta es errónea. Sin duda sería cómodo que todo pudiera ser regulado por los estímulos inmediatos actuales, es decir por lo que rodea un consultorio, - su atmósfera, la actitud de la asistente o la música de fondo. La conducta no puede ser regulada por ningún aspecto físico del consultorio, aunque, puede ser "influida" por alguna "técnica, equipo o diseño del consultorio" de una manera que no siempre es previsible. La única medida de control -- del paciente es; la que puede tomar el odontólogo que comprende algo de los factores determinantes de la conducta. - No puede haber una sola manera de efectuar una labor, solo hay maneras mejores según cada individuo ninguna disposición de un consultorio servirá con el máximo de eficiencia a todos los odontólogos, sólo habrá la que sirva a los métodos individuales con el máximo de ventajas.

C A P I T U L O V I I I

INSTRUCCIONES Y MANEJO DE LOS PADRES.

En odontopediatría, claro está, es el padre antes que el niño quien tiene la responsabilidad de aceptar la odontología recomendada. De modo que es de vital importancia iniciar un programa sistemático de educación organizada de los padres, el cual debe mantenerse rutinariamente.

Antes de que el odontólogo esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender los problemas que intervienen. Debe comprender la naturaleza del miedo y estar consciente de como las actitudes de los padres puede modificar tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de personalidad y como se desarrollan ansiedades. Debe también tener diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada. - Si el dentista puede aconsejar a los padres clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos será aceptado de buena gana.

Es frecuente que el padre represente un problema mayor que el propio niño, por lo que se le debe de educar y limitar sus poderes dentro de la consulta, para evitar pérdida de tiempo y energía.

Debemos trabajar con ellos, no contra e a pesar de - -

ellos, evitando tensiones y dificultades de comunicación que en última instancia repercutiría negativamente en el niño. Según Brauer "El ejercer odontología para niño sin evaluar al padre y su confianza, solo puede resultar un fracaso".

Es muy raro encontrar a un padre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cual sera su reacción al tratamiento. Para los padres, sera de gran consuelo saber que no sera necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. El padre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño y tendrá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental.

Todo niño con un problema de conducta, no hace si no reflejar situaciones de su hogar, aunque los padres pueden no ser totalmente responsables.

Le vemos como "Síntoma cristalizado de las ansiedades".

Mc Bride, menciona cuatro categorías de los padres en el consultorio: El que distrae, el sendo cooperador, el que da coraje y el que extiende simpatía. Otros autores señalan a el padre perfeccionista, el antagónico o rechazador, el demasiado indulgente, el dominante y el que se identifica, y aún más mencionan otros disfraces de la ansiedad: La madre apurada, la exigente, la ocupada, etc.,

Pero más importante que clasificar, es comprender la situación de fondo, cuales son los motivos que llevan a los padres, y fundamentalmente a la madre, a interferir en la labor del odontólogo, quien debe lograr una buena comunicación con el niño y con su madre, para llevar el tratamiento a buen término.

Se habla mucho de las ideas fantásticas del niño respecto al odontólogo y sus procedimientos, pero no podemos ignorar que esas ideas también las tienen los adultos, los padres quien al revivir sus propios conflictos infantiles en el momento en que su hijo se acerca a la experiencia odontológica, crean la interferencia, sin proponerselo conscientemente.

Una de las premisas más importantes que debe tener en mente el odontólogo es que: Debe considerar a cada padre individualmente. Se hará un gran favor a los padres y a los niños, aconsejándole a los primeros unas reglas simples que deberán seguir antes de llevar a los niños por primera vez al odontólogo o bien cuando se encuentren dentro del consultorio. Los consejos podrán darse en escala masiva, por diversos medios o individualmente, y estos son algunos de ellos:

- 1.- Indicarle a los padres que no expresen sus temores personales enfrente de los niños. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales ante el odontólogo. Además de

no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable y sin darle mucha importancia, que es la odontología y lo amable que va a ser el odontólogo. El temor que ya tiene el niño más el del padre, pueden anonadarlo demasiado. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental, encontrará que paga dividendos, ya que el niño apreciará más la odontología. Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otra personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimiento de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

2.- aconsejar al padre que nunca utilice a la odontología como amenaza de castigo, pues el niño de esta manera adoptara siempre una actitud negativa hacia el cuidado de sus dientes. El castigo está asociado en la mente del niño con lo desagradable y el dolor.

3.- Pedir a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al odontólogo. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro. Se entiende que la mejor recompensa que puede brindarse al niño es la aprobación de sus padres, y la nuestra, a la que tiene derecho por haber logrado algo, no siempre fácil o grato. Todo lo demás tiene poco valor y el uso del soborno, tan frecuente, para que se porte bien, deja al niño en libertad de no hacerlo y hasta de emplear la amenaza para recibir una nueva recompensa. Dijo Bernard Shaw;

"El fraude piadoso es un intento de pervertir la cosa preciosa y sagrada que es la conciencia del niño para hacerla instrumento de nuestra propia conveniencia y de usar - ese terrible y maravilloso poder que se llama vergüenza - para provecho propio?"

4.- Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan solo crea resentimientos hacia el odontólogo y dificulta sus esfuerzos.

5.- Los padres no deben asegurar al niño lo que hará o no hará el odontólogo. El odontólogo no debe ser colocado en una situación comprometedora donde se limita lo que puede hacer para el niño. Tampoco no deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va a hacer daño. Las mentiras solo llevan decepciones y desconfianza. A -- sus preguntas, que se suceden con frecuencia, deberán contestar, preguntale a tu odontólogo.

6.- Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos estos ayudarán a dar valor a sus hijos. Existe una constelación entre los temores de los niños y los de sus padres.

7.- Hacerles notar el valor del cuidado dental no solo desde el punto de vista de la conservación de los dientes, si no por la formación de buenos pacientes. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

8.- Pedir a los padres que se familiaricen con sus hijos con la odontología llevándolos al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo. Explicarle que el odontólogo como el médico y el maestro, son personas que se preocupan por su salud física, mental y por su educación y que han estudiado para ello y emplean sus conocimientos para contribuir a su total bienestar.

9.- Varios días antes de la cita, debe instruirse a -- los padres, que comuniquen al niño de manera natural que -- han sido invitados a visitar al odontólogo y no deberán de forzar este tema ni mostrar un exceso de simpatía, ni demostrar un temor ni recelo en su voz o en su conducta. Hágalo tranquilamente, sin darle trascendencia.

10.- El padre deberá confiar, al niño al cuidado del -- odontólogo una vez que a llegado al consultorio, no solo -- para la resolución o prevención de los problemas dentales de su niño, sino también para el manejo de su conducta durante el tratamiento, el padre no debe entrar a la sala de tratamiento a menos que así se lo solicite el odontólogo.- Una vez dentro, deberá actuar nada más como simple espectador; favorezca con su actitud y confíe en el profesional.

11.- Cuando el padre acompañe a su hijo a la sala de -- tratamiento procurar que no intervenga en la conversación -- entre el niño y el odontólogo. El niño se confunde cuando -- hablan varias personas o recibe indicaciones de varios -- lados. El padre debe permitir que el niño se desenvuelva solo,

el odontólogo esta para ayudarlo e solicitará su cooperación cuando sea necesario.

12.- El padre no debe inquietarse si su hijo llora. - El llanto es una forma normal de reaccionar en el niño, - antes situaciones desconocidas e que teme. No se debe decir que no tiene porque llorar, el niño no es un hombre - chiquito o una mujer chiquita. Es solo un niño que puede estar muy asustado, respeta su temor, ya trataremos de -- olvidarlo o alejarlo. Y si la reacción del niño es aun más violenta sin duda tiene motivos. Pero siempre hay métodos para resolver su problema edontológico.

13.- En caso de haber utilizado un medio brusco para callar al niño (como taparle la boca) hacerle saber a su padre que hubo necesidad de hacerlo; y decir esto enfrente del niño, de otra manera el niño tiende a exagerar y - hacer que sus padres piensen que tratamos de agredirlo.

14.- En el consultorio se atiende a los niños en citas convenidas previamente, única forma de realizar un servicio correcto. Le rogamos puntualidad para beneficios de todos, si usted no pudiera concurrir, estimaremos no lo - comuniquemos con adecuada anticipación para poder disponer - de ese tiempo. Ante cualquier duda consultenos.

Después de la plática previa con los padres, pregunta remos a estos si estuvieron de acuerdo con los consejos y reglas para lograr el éxito de la primera visita generalmente su respuesta es afirmativa aunque en ocasiones hay necesidad de aclarar algunos dudas de éstos.

Cuando tratamos de ayudar a los padres a identificar los problemas dentales presentes y futuros del niño, necesitamos mucha habilidad. La adquisición de la habilidad para ayudar a la gente es un reto.

Hay que inculcar a los padres que la mejor manera para conseguir algo de sus hijos es con la verdad y si nos dirigimos nosotros los odontólogos a las verdaderas necesidades del niño ayudamos al padre a comprender nuestro interés primordial por su hijo.

Debe el odontólogo adoptar una actitud y una habilidad adecuada para conducir razonablemente al padre la madre o la persona responsable del niño; a aceptar con paciencia las veces que sea necesario la presencia del niño en el consultorio ya que el tiempo es un factor importante en relación con los problemas de conducta del niño a que hemos de enfrentarnos profesionalmente.

C A P I T U L O IX

TECNICAS Y METODOS PRACTICOS PARA LA EDUCACION Y MANEJO DEL NIÑO.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la gran mayoría de los niños llegan al consultorio -- con algo de aprensión y miedo, pero, como nuestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan. Un número relativamente pequeño de niños de -- cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales.

Los problemas, dificultades y obstáculos emocionales -- que presentan los pequeños pacientes, invariablemente, el odontopediatra deberá o tratará de resolverlos y superarlos de manera y forma mas eficaz, puesto que para unos casos debe adoptar una posición firme indeclinable y para -- otros cierta elasticidad que incluye comprensión, paciencia, ponderación, pero siempre con la sensata intención de prestar ayuda a sus pacientes.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el -- consultorio odontológico esta generalmente motivados por -- deseos de que él pueda interpretar como una amenaza para -- su bienestar. Puesto que los niños actúan por impulsos, el

miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse. A pesar del deseo que tiene el niño de agradar, se le hace imposible -- ser complaciente en presencia de un miedo insoportable al dolor. El odontólogo tiene a veces dificultades para comprender esa actitud a veces es incluso difícil para el niño dar cuenta de su comportamiento. Puesto que el miedo -- proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, se -- comprende que se manifiesta con base mas emocional que intelectual, y por lo tanto, no se puede interpretar basándose en la razón tan solo. Aunque el comportamiento del -- niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida entera del niño. -- Su lógica se basa totalmente en sus sentimientos. El condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental, sin embargo, el comportamiento de un niño puede a veces ser modificado.

Para cumplir con los objetivos de una buena odontopediatría no debemos pasar por alto el fin supremo que se nos encomienda: "El bienestar del paciente". El logro de este objetivo depende de nuestra capacidad para captar y aplicar las técnicas mas convenientes, para obtener esto -- ante todo, debemos aprender a comunicarnos con el paciente y una vez establecida la comunicación nuestro objetivo es "Educarlo".

La conducta que asuma el niño paciente dentro del consultorio dental, dependerá no tanto de su conformación -- previa, sino también, de la habilidad que despliegue el odontólogo para manejarlo, ya que se debe presuponer que dicho comportamiento, además de variable es modificable, por lo tanto, el odontopediatra tendrá todo el tiempo a esculpir las explosiones emocionales del pequeño para los fines de su intervención, cuyo propósito dejará entendido al paciente que de su comportamiento depende mucho dependerá el abreviamiento o prolongación del tratamiento. Establecida la relación de simpatía entre ambos, se iniciará sin demora la curación con el plan de tratamiento adecuado tendiente a obtener cada vez más la cooperación del paciente, ya que el niño piensa en términos extremos pues no discierne actitudes intermedias, esto es, le simpatizará el odontólogo o le disgustará su trato.

Los niños pueden ser manejados de diversas maneras: con vigor y autoridad o mediante la comprensión de sus necesidades y su conducción a aceptar los procedimientos odontológicos, de acuerdo al patrón de conducta que presentan - en determinado momento.

Existen diversas técnicas y métodos empleados por los odontólogos para manejar psicológicamente al niño, técnicas y métodos que examinados en conjunto todos persiguen el mismo fin, tendiente a eliminar del pequeño el temor a la intervención del odontólogo. La conducta del niño como tal, tantas variaciones, como la combinación de diversas-

colores entre sí, de aquí la dificultad de estandarizar - una sola técnica; así es que lo más práctico y loable, es - suelta tomar de cada uno lo mejor de sus experiencias y -- aplicarlas al niño de acuerdo a su patrón de conducta, lo que permitirá al odontólogo contar con un acervo realista y afrontar los problemas con un empleo criterioso técnico - práctico.

METODO DE NO HACER.- Se caracteriza por la demora y - la postergación del tratamiento. El niño es llevado al con - sultorio muy pequeño y es necesario que le hagan algunos - trabajos dentales, entonces el niño empieza a llorar a ve - ces con fuerza, cuando lo sientan en el sillón dental. El - odontólogo, algo desconcertado y sin saber bien que hacer - en esta situación, despide al niño y se excusa con la madre - sugiriéndole que traiga a su hijo cuando se algo mayor. - Seis meses después el niño vuelve, y se repite la escena - con igual patrón de comportamiento. Puesto que los miedos - subjetivos en los niños pequeños no disminuyen por volun - tad propia, los temores del niño, y por consiguiente su - comportamiento, no ha mejorado. Incluso puede habérsele - intensificado el miedo a la odontología, ya que una imagi - nación muy activa exagera la necesidad de huir. Reponer - situaciones así pueden seguir indefinidamente, con pésima - consecuencia para los dientes.

Cuando existen dientes dolorosos, el dolor puede cau - sar auténticas fobias a la odontología. Si el odontólogo-

hubiera utilizado un enfoque más positivo durante la primera visita, no hubiera ocurrido retraso y descuido de -- los dientes. En este caso, el miedo del paciente aumenta con el miedo que le tiene al odontólogo a manejarlo, porque el niño piensa precevidamente que, si el odontólogo teme realizar el trabajo, es porque debe haber alguna razón para retrasarlo.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños. No espere que un niño venza actitudes inadecuadas -- con la edad; Puede tardar años. Aunque no es conveniente dejar el tratamiento para después, si es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día en que va a empezar el tratamiento.

METODO DE LA APLICACION FRECUENTE DE ESTIMULOS.- Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones; visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva mas familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras.

Este método da resultado con niños que aún no van a la escuela y en menor medida, con niños mayores. Aunque una visita preliminar al odontólogo es valiosa, la continúa repetición del procedimiento puede no ser eficaz a menos que tenga que realizar algún trabajo dental en alguna de las visitas siguientes.

METODOS DEL RIDICULO.- Mostrar actitudes sarcásticas-

y desdeñosa con el niño para que por vergüenza se porte bien el niño en el consultorio no es conveniente. Aunque muchos odontólogos emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta del niño en el consultorio, es una pérdida de tiempo y tiene poco valor. El método no solo es inadecuado, sino que lleva consigo peligro cuando se aplica a los niños. El niño que se sienta en el sillón dental, desea ganar la aprobación del odontólogo, sin embargo si el mecanismo del miedo es tan fuerte que resulta imposible operar, su buen juicio pierde toda fuerza y su comportamiento se vuelve indeseable. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de aversión al odontólogo y tratamientos dentales. El producto final de ridículo no es disminución del miedo sino aumento del resentimiento.

METODO DE LA IMITACION SOCIAL.- A los niños no les gusta ser diferentes, les agrada adaptarse a los cánones sociales. A los niños les gusta hacer las cosas que hacen otros niños o personas, les gusta mucho participar en competencias. En ésta técnica se deja que el niño observe cómo se realizan trabajos dentales en otros, y esto le servirá de reto al niño. Observar a un hermano mayor o a uno de sus padres en el sillón dental le dará mas confianza que observar a un extraño. Si el niño ve que se realiza el tratamiento sin ningún dolor, el niño querrá e incluso deseará intensamente que realicen en él los mismos procedimientos, muy a menudo saltará al sillón, sin que se le hayan pedido. Sin embargo, en este entusiasmo se corre el --

riesgo que por el sentido de imitación, al haber observado que el paciente anterior no manifestaba, ni hacia gestos de dolor, pero descubre para sorpresa suya, que al sentarse en el sillón se le lastima, por lo tanto, puede que ese entusiasmo se convierta en desilusión y tal vez pierda completamente la confianza al odontólogo. Es muy difícil recuperar la confianza de un niño afectado de esta manera, por lo tanto es conveniente que el odontólogo le prevenga cuando considere que su intervención va a ser algo dolorosa.

METODO VERBAL.- Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de porqué, no es muy eficaz. Puesto que los temores se desarrollan a nivel emocional, las llamadas verbales a nivel intelectual son generalmente ineficaces. Cuando el niño está en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil. Decirle al niño que no debe sentirse como se siente indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales porque el niño no puede evitar el sentirse así. En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina a la razón, y las seguridades verbales caen en oídos sordos. No gaste energías diciéndole al paciente que no debe tener miedo sin darle primero razones para creerlo.

TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.- A través del recondicionamiento realizado con guía del odontólogo, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y gozar de ellos. Pierde su miedo a la odontología, porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad.

El primer paso en el recondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente a los odontólogos y por qué. Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se devuelve un procedimiento mucho más sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. El odontólogo deberá explicar cómo funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta será ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el odontólogo debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares del niño. Hable de amigos, de animales o de la escuela. De esta manera empezará a haber comprensión y confianza. El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños. No puede salir de escena y seguir siendo su amigo.

Ha llegado el momento de abordar el tema del tratamiento dental. En la primera visita deberán realizarse solo --

procedimientos menores e indolores. Se obtiene la historia, se instruye sobre el cuidado de los dientes, se limpian los dientes y se le recubren con una solución de fluoruro, se pueden tomar radiografías, se puede explicar la unidad de rayos X como un enorme cámara fotográfica y la película como el lugar donde aparecerá la fotografía.- Cuando el niño ve las radiografías reveladas, se energuillecerá de lo que logró.

Es buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario tratamiento de urgencia. El odontólogo puede trabajar con el padre o la madre en la sala de operaciones o se le puede pedir -- que no esté en ella, según se prefiera. Generalmente, se invita a los padres en la primera visita a que pasen a la sala de operaciones para que comprendan el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimiento de control dietético para prevenir enfermedades dentales.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. En esta situación, como en todas las demás la veracidad del odontólogo es esencial. Franqueza y honestidad serán rentables con los niños, el niño deberá decirse de manera natural que a veces lo que hay que realizar produce un poco de dolor. También puede explicarsele que si se avisa cuando lo

duele demasiado, el odontólogo parará e lo arreglará de manera que no duela tanto e lo hará con mas suavidad. Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras.

Si se manejan niños demasiados pequeños para comprender explicaciones difíciles, debe intentarse llegar a relacionarse con ellos por el medio de conversaciones sobre objetos o acontecimientos de la experiencia personal del niño. Hable con voz agradable y natural también muestre actitud natural comprensiva, sin embargo es posible que se tenga que trabajar con el niño llorando.

A veces los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en el sillón dental. Es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente, la ausencia de sacar a los padres fuera de la sala de consulta puede ser suficiente para que se calle. En otros casos, puede dar resultado darle tiempo al niño para que se desahogue. Sin embargo todo odontólogo experimenta ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha sido defectuosa e cuando se han inducido miedo indebidos, en los que estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria. En ese momento, hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que usted tiene que decirle. La manera mas sencilla de hacer esto es usando la técnica la mano sobre la boca.

TECNICA DE LA MANO SOBRE LA BOCA.- Aquí se coloca suavemente la mano sobre la boca del niño indicando que esto-

no es castigo, si no un medio para que el niño oiga lo que el odontólogo va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora, hágale el oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar, no deberá haber malicia en su voz puede que la admonición surta efecto, aunque crea que el paciente no lo oye. Cuando ha dejado de llorar quite la mano y hable con el niño sobre algunas experiencias sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y como estos niños se vuelven pacientes ideales, no guardan resentimientos y se dan cuenta de lo que se hizo fue para su propio bien. Generalmente, se convierte en los pacientes más cooperadores. Colocar las manos sobre la boca es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico.

EDUCACION DENTAL PARA EL NIÑO Y SUS PADRES.- La difusión de la educación odontológica debe ser más intensiva y eficaz. Se deberá aprovechar más los conocimientos de la psicología de la propaganda, que debería ser más directa sobre la esfera emocional. Fundamentalmente deberá decirse lo mismo a los padres y a los niños respecto del tratamiento dental; solo la forma de la información deberá variar según la edad.

La educación de los niños acerca del tratamiento odontológico debe contener las siguientes enseñanzas fundamentales que deben ser sencillas o más amplias según la edad.

1.- La higiene de la boca es importante para la conservación de la dentadura y de la salud en general.

2.- Una dentadura sana y bien conservada es uno de los factores mas importantes para la belleza de la cara.

3.- Es importante visitar regularmente al odontólogo - quien examine los dientes y repare todos los daños.

4.- La eliminación oportuna de lesiones pequeñas, puede hacerse prácticamente sin dolor.

5.- El examen odontológico requiere sólo de poco tiempo.

La educación por si sola no es suficiente, tanto el paciente como los padres deben ser motivados; deben ser movidos a actuar favorablemente sobre la base del conocimiento que han recibido. Y aquí es donde hay mayor probabilidad de que nuestro programa de educación dental falle, porque fracasamos en reconocer que las personas son motivadas por sus emociones antes que por su inteligencia o lógica.

Un buen programa de educación del paciente motiva al niño de tres maneras; primero debe dejarlo dispuesto a - aceptar el tratamiento indicado. Segundo, debe ayudarlo a comprender el valor e importancia de la dieta y del cuidado casero en el mantenimiento de una buena salud dental. Y tercera debe ayudarlo a comprender el valor de la odontología preventiva.

Es bueno que la educación del niño se lleve a cabo tan

to en el sillón dental como en el cuarto de medios audiovisuales. El programa audiovisual desempeña una parte especialmente importante en la orientación psicológica del niño hacia los procedimientos del consultorio dental. Cuando un niño que visita el consultorio dental por primera vez - tiene la oportunidad de ver una película o una tira didáctica sonora, en la cual el niño de la pantalla recibe tratamiento dental de una manera realista, entonces él mismo se someterá al tratamiento dental. Los niños no exigen un cuidado especial si saben que lo que habrán de experimentar es la experiencia común de todos los niños. Cuando el niño de la película termina su visita con una sonrisa feliz, no le resulta al que lo contemplo cosa tan difícil -- aceptar el mismo tipo de experiencia. De hecho, desea hacer las mismas cosas que le vio hacer al niño de la película. Esto es educación eficaz y motivación de las mejores.

En el sillón dental, al niño se le muestra e informa - del estado de su propia higiene bucal. En su nivel de comprensión se le explica las causas de las caries dental y - se le hacen una demostración como los ácidos decalifican al esmalte dental, se le muestran donde se forman placas de alimentos sobre los dientes y se les presenta una - técnica reveladora, para que adopten métodos apropiados y eficaces de cepillado dental.

PAPEL DE LA ASISTENTE EN LA EDUCACION DEL PACIENTE.-No es sólo el odontólogo responsable de la educación del paciente, gran parte del contacto del paciente se produce con

la secretaria o con la asistente. Una asistente sensible y bien preparada puede ser vital en la educación de este. Cg, es ella quien tiene el contacto inicial con el paciente, lo que diga o haga puede aumentar o reducir sus temores al futuro tratamiento. Sobre decir que la asistente, al saludar al paciente debe ser a la vez agradable y eficiente. - Actuará como catalizador entre el recién llegado y el profesional.

En visitas posteriores, la asistente será útil quedándose con el paciente si el odontólogo debiera salir un momento. Se puede tener valiosa información de esta manera, ya que muchas veces por temor a expresar su ansiedad y preocupación directamente al profesional, el paciente se confía a la asistente.

La que sea una buena colaboradora del odontólogo y tenga intereses, podrá así proporcionar una psicoterapéutica de apoyo al paciente, al mismo tiempo que adquiere una valiosa información para transmitírsela al odontólogo.

Los niños pequeños necesitan el apoyo brindado por la presencia de una mujer. La presencia de las madres sin embargo ha dado resultado tan variados que son muchos los -- profesionales que prefieren estén las asistentes presentes en vez que las madres pues la preocupación y la angustia materna se comunica con facilidad al pequeño paciente.

Se ve así que una parte importante de la educación del paciente reside en la toma de conciencia por parte de cada miembro del personal.

PAPEL DEL ODONTOLOGO EN LA EDUCACION DEL PACIENTE.-Así como al dar el primer paso en el consultorio ya inicio su educación, del mismo modo cada paso del procedimiento de exámen se también parte del proceso educativo, nada perturba mas al paciente aprensivo que ser sometido a procedimientos que no conoce o no comprende. Esto es en especial válido para los niños, cada parte de exámen debe ser un nuevo juego o aventura, con detallar cada momento al niño y al adulto aprensivo no se crean nuevos temores y preocupaciones y pueden reducirse eficazmente.

Demasiados odontólogos en el apuro del cotidiano labo-
rar, son impacientes y no desean informar a cada uno de --
sus pacientes los fundamentos de lo que están haciendo y --
porqué lo hacen. La debida educación del paciente comienza
con cada pequeño detalle, que luego es desarrollado para --
alcanzar las consideraciones mas amplias y generales del p
programa del tratamiento. Sin duda alguna el paciente in--
formado es mas feliz que el mantenido en la obscuridad, --
aunque se debe tener en cuenta que dichas explicaciones no
sean exhaustivas, porque es le puede fatigar o confundir,-
con explicaciones adecuadas cultiva su capacidad para que
la comunicación sea provechosa.

El desarrollo de la capacidad de comunicación es esen-
cial para su éxito. La comunicación correspondiente esta-
rá ligada al éxito profesional.

CAPITULO X

PUNTOS DE VISTA PSICOLOGICOS EN EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO.

El exámen de la cavidad bucal y de los dientes es de gran importancia psicológica, porque representa el verdadero comienzo del tratamiento. Pasa el primer contacto directo del niño con el odontólogo, y el niño experimenta sensaciones en la boca que pueden resultar desagradables. Ya el acercamiento del odontólogo ocasiona cierta excitación.

En un experimento realizado en un grupo de 60 niños, - entre ocho y quince años de edad, se le controló el pulso todo el tiempo por medio de un anillo de hule doble en el brazo y un polígrafo. Después de haber registrado los valores en absoluta tranquilidad, el odontólogo se acercó al sillón dental, en esta sola circunstancia el odontólogo ni habló, ni tenía instrumento alguno en la mano, esto fue suficiente para que todos los niños aumentaran la frecuencia del pulso. La reacción se produjo inmediatamente después del acercamiento del odontólogo; quedó así excluida toda posibilidad de influencias externas. Puede deducirse por lo tanto que la proximidad directa del odontólogo, provoca la excitación del niño, y que se trata de una reacción provocada por temor. Por eso hay que entretener al niño de esta manera por medio de una conversación que ni se dé cuenta del comienzo del tratamiento.

Hay también otras circunstancias que indican el comienzo

zo del tratamiento y que provocan excitación en el niño.- Una cosa aparentemente muy insignificante como por ejemplo; encender el reflector sobre el sillón dental puede provocar un claro reflejo en el pulso. Cualquier modificación, aunque sea aparentemente insignificante de la situación externa, que para los niños parece ser el comienzo del -- tratamiento, ya provoca una excitación. Por eso debe distraerse la atención del niño por medio de la conversación con el odontólogo.

En el examen de la dentadura debe prevenirse ante todo cualquier cosa que podría causar temor o dolor al niño. No se debe esconder el explorador porque podría resultar sospechoso, sino que se muestre de modo que la punta no -- asuste al niño. No se sondeará profundamente en la cavidad, porque podría causar dolor. Los niños no toman el espejo, pero conviene manipularlo en la boca de manera que no provoque náuseas.

La duración del examen debe ser breve. No debe olvidarse que el niño se encuentra en situación desagradable, con la cabeza reclinada hacia atrás, manteniendo abierta la boca. Se conversa ininterrumpidamente con el niño, pero no se harán preguntas que no puedan ser contestadas -- con la boca abierta.

Si notamos que la paciencia del niño esta agotada, es mejor posponer el tratamiento para otro día. El niño tiene oportunidad durante el examen de estudiar de muy de --

cerca la cara y las manos del odontólogo. Por eso es muy importante no solamente cuidar de tener buena presencia, - sino también hay que dominar su propia mímica, una expresión demasiado concentrada, un fruncir de la frente u - otros cambios de expresión puede inquietar al niño.

TRATAMIENTO RADIOGRAFICO.- Todo exámen buco dentario sin radiografías es incompleto, y todo plan de tratamiento basado solamente en la inspección clínica nos expone a sorpresas poco agradables.

En la primera visita del niño al consultorio dental, - se debe proporcionar un medio agradable e indoloro de introducción del niño al tratamiento. Cualquier tipo de miedo subjetivo a la radiografía que sienta el paciente puede disiparse fácilmente demostrándole cómo se toman las - radiografías.

Se ha observado, sobre todo en los niños mas pequeños, una cierta resistencia y temor a veces muy evidente. De modo que es necesario acercar al niño a esta nueva experiencia, explicándole paso a paso el procedimiento e seguir y ajustarse estrictamente a él. Primeramente se le presentará el aparato, ya que para el niño todo es directo, real. Y que especialmente en cuestiones de salud, enfermedad y tratamientos, se debe tener mucho cuidado al hablarle, asegurándose que las comparaciones que se hagan se toman como tales y no literalmente.

Una de las formas para conducir al niño en la radio--

graffia es usando un poco de imaginación por ejemplo: diciéndole al paciente que se les van a tomar unas fotografías de sus dientes para ver como estan por dentro. Antes de colocarle la película dentro de la boca, se la damos - para que la toque y pruebe su consistencia.

Es muy importante que la persona encargada del diagnóstico se coloque donde el niño pueda verla para evitar movimientos por posible desconfianza de último momento. Y - evitar palabras como disparar etc.

La confianza que adquiere el paciente en este momento, será muy valiosa en visitas futuras. Hay tan pocos niños que escapan a las enfermedades dentales, que la mayoría - de las personas llegan a su primer contacto con la odontología en la infancia. Dado que las primeras impresiones - son las más duraderas, es extraordinariamente importante - que cualquier servicio prestado al niño sea de gran calidad.

OPERATORIA DENTAL.- El freado del diente es considerado generalmente como uno de los tratamientos más desagradables. Y justamente para la mayoría de los tratamientos odontológicos la pieza de mano es imprescindible. Ante todo es importante elegir el instrumento correcto, para hacer más soportable el tratamiento. Las fresas deben estar filosas y girar a altas velocidades. Pero todos los - instrumentos giratorios provocan en la cavidad bucal sensaciones inusitadas y desagradables, por eso, se deben hacer algunas pausas, para que el niño descanse.

La pieza de mano no sólo crea impresiones no acostumbradas, sino también temor y angustia. Por las conversaciones de los adultos, el niño escucha versiones negativas, y es por eso que le da miedo cuando se ve que el odontólogo toma la pieza de mano.

En un experimento realizado por Mardant, Weyers; el odontólogo se acerca al niño; después de 10 segundos tomó la pieza de mano y la hizo funcionar delante del niño, sin pedirle que abriera la boca, después de 15 segundos paró la pieza de mano y se registró un aumento de la frecuencia del pulso al acercarse el odontólogo al niño, de 10 pulsaciones por minuto, en los primeros 10 segundos posteriores al poner en marcha la pieza de mano, la frecuencia aumentó en 6 pulsaciones por minuto, y cuando terminó de funcionar la pieza de mano las pulsaciones aumentarán a 12 por minuto.

En una encuesta se demostró que entre 47 objetos diferentes, la pieza de mano ocupó uno de los primeros lugares entre los que causan más temor. La pieza de mano es mencionada como objeto de miedo y a mayor edad la pieza de mano ocupa un lugar cada vez más prominente entre los objetos temibles.

Dado que la pieza de mano provoca una angustia tan grande, hay que esforzarse tanto más por eliminar esa angustia. Se muy buenos resultados si se le dice al niño acostumbrado que levante la mano cuando quiera que se pare la

pieza de mano, esa posibilidad que se le ofrece de interrumpir el fresado en cualquier momento, generalmente - tranquiliza a los niños aunque algunos abusan de esta facultad, conviene aclararle al niño, que la duración del fresado será mucho más breve sin interrupciones innecesarias; en muchos de los casos el niño lo escata bien.

Resumiendo estas observaciones psicológicas se llega a las siguientes conclusiones básicas:

1.- Todos los instrumentos deben ser filosos, para poder trabajar rápido y suavemente.

2.- Para no aumentar los temores, el niño no deberá darse cuenta de los preparativos para el fresado.

3.- El empleo de la pieza de mano debe ser lo más breve posible; si se tarda más, deben intercalarse más pausas o se distribuye el tratamiento en varias sesiones.

4.- Siempre que se sospeche que el niño teme mal la pieza de mano, conviene dar analgésicos y una premedicación adecuada.

5.- A los niños miedosos se les da la posibilidad de parar la pieza de mano al levantar la mano.

El secado de la cavidad preparada, se debe hacer con el máximo cuidado; el aire debe ser tibio y el chorro de aire debe ser lento. Hay que evitar curaciones y materiales que irriten a la pulpa o causen dolores.

Para examinar la vitalidad se prefieren, aquellos métodos que resultan menos desagradables. La prueba de vitg

lidad eléctrica no es recomendable, porque acosta a los ni-
ños. En general hay que regirse según el principio, el --
tratamiento no debe ser peor que la enfermedad.

EFFECTO PSICOLOGICO DEL DIQUE DE HULE.- Se podría plan-
tear ahora la cuestión de la reacción del niño a la aplica-
ción del dique de hule. La respuesta es sencillamente que
el paciente promedio lo acepta como parte de la odontolo-
gía y de los procedimientos odontológicos. Algunos niños -
hasta pueden solicitarlo después de haber tenido una expe-
riencia de náuseas con los rollos de algodón. Los pacientes
que objetan su uso son los que habitualmente objetan los -
procedimientos odontológicos en su totalidad. Realmente, el
dique de hule es una "bendición disfrazada" porque la exag-
eración con que se puede tallar una cavidad reduce algo el -
dolor infligido al tiempo que acelera la labor.

Una atmósfera despreocupada en el consultorio conduci-
rá siempre a una mejor relación entre el niño y el odontó-
logo, para lograr esa atmósfera el odontólogo debe sentir-
se cómodo y el dique de hule es una gran ayuda en esto por-
que permite que el profesional se relaje. El paciente se -
siente más cómodo porque puede hablar, aunque solo sea pa-
ra decir "hay" o "eh", erguirse para ver como se prepara el
cemento o la amalgama, y puede tener una muy buena vista -
de la preparación cavitatoria cuando lo desea.

Como con todos los demás procedimientos en la odontopa-
diatría, la manera de acercarse al niño respecto al dique-
de hule es muy importante. A menudo se pueden emplear pala-
bras y explicaciones que sean familiares para el niño. Los

términos "impermeables" o "mantas" pueden ser empleadas para describir la hoja de hule, y puede ser facilitada al paciente aprensivo para que pueda familiarizarse con ella por el sentido del tacto.

. Sin embargo, su aplicación al diente es otra cuestión y puede significar una gran valla por superar para algunas odontólogas. El método más eficaz encontrado hasta el momento es reunir coraje suficiente para soplar aire a la garganta del niño ya nervioso. El propósito de este movimiento sorpresivo es demostrar al niño que el aire usado sin el dique de hule es ofensivo y hasta nauseante; demostrar que el aire debe ser usado y proporcionar un contraste con el chorro de aire cuando el dique de hule está en posición.

Súbitamente, el niño con el dique de hule puesto comprende que puede respirar hablar y hasta gritar, y que está protegido del "viento", "la pieza de mano" y las "cosas". En otras palabras, el dique de hule proporciona al niño una sensación de seguridad que ningún otro método -- puede darle. Lo separa de sus propios dientes, por así decir.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PREVIO A LA ANESTESIA.— El recibir una anestesia en cualquiera de sus formas es una experiencia vital e inusitada para la persona que la recibe, ya que esta es la entrega total o parcial de un ser humano al dominio y control de otro.

Difícilmente hay para un niño una experiencia más desagradable y que más quede grabada en su memoria que una anestesia local aplicada a la fuerza. Se debe hacer notar - que el paciente angustiado y excitado tolera muy mal casi todos los anestésicos.

Los niños presentan particularidades características - para su edad; éstas se refieren no solamente a la elección del anestésico y a la técnica de anestesia, ni a su dosificación, si no que es la psiquis infantil lo que hay que tener en cuenta. El odontólogo no debe ver al niño como un - adulto en formato reducido; quien trabaje con niños los -- tratará individualmente según la mentalidad de cada uno de ellos.

El acierto con que los odontólogos resuelven los temores del paciente, depende en gran medida de la simpatía - euidade y paciencia y de la comprensión que se aporte a la situación, creando así una atmósfera de confianza y seguridad. Las palabras que se le digan al paciente al prepararlo para la anestesia no tiene importancia, lo importante - es la actitud y el "sentimiento" con que se digan, pero es necesario que siempre, que el odontólogo, la asistente o - el padre se dirijan al niño usen palabras que pueda comprender él. Algunos odontólogos tienen términos favoritos que usan con plena satisfacción, por ejemplo, para poner la -- anestesia topica se le puede decir al niño que se le va a pintar el diente con un remedio dormilón y que primeramente va a sentir cosquillitas graciosas y posteriormente se

le va a adormecer. Es importante poner énfasis en que solamente el diente y sus alrededores se le van a dormir. Cuando se va a inyectar al niño es conveniente darle otras nombres a la jeringa, la unidad, etc.. Por ejemplo decirle -- que tenemos "un avión Jet. con una punta" (jeringa) el -- cual dentro de el "están los pasajeros" (anestésico) Y -- cuando el avión aterriza en su mejilla, los pasajeros comenzarán a bajarse del avión y sentirá que su "cachete" se pone gordo y que va a sentir cosquillas, y decirle que eso se debe a que los pasajeros se están bajando del avión para matar los gusanos que tienen sus muelas y que se las están comiendo.

Todos los niños preguntan ¿dolerá? una buena respuesta sería "será algo así como un pellicco chiquito", y se dará un suave pellicco chiquito al brazo del niño. No conviene palabras como picadura o mordisquito, porque muchos niños pueden haber experimentado la picadura de una abeja o la mordedura de algún animal.

Para un niño al cual nunca se le aplicó un anestésico local, las sensaciones en los tejidos blandos producidas por el anestésico deben ser explicadas, y se dejará que el niño mire en el espejo después de la inyección para que vea que no tiene la cara hinchada ni deformada, como a veces la siente después de la iniciación de la anestesia.

Algunos odontólogos usan el anestésico local como amenaza, y les dicen "si no te quedas quieto, te voy a poner-

una inyección". ¿Qué puede hacer un niño en tales circunstancias? En la mayoría de los casos sentarse quieto y dolorido antes de recibir la inyección temida. Afirmaciones de este tipo son amenazas para el niño y deben ser evitadas. Este tipo de declaraciones puede ganar la cooperación momentánea del paciente, pero impedirá que ese niño se convierta en un buen paciente adulto.

El odontólogo debe demostrar confianza y actuar con una actitud positiva en el abordaje del niño. Debe tener confianza en su habilidad para poner la inyección, y debe ser firme y agradable para impedir que el niño se altere. Muchas veces con el niño difícil, el odontólogo podrá estar más alterado que el niño, entre los dos se puede crear una situación casi imposible.

Es igualmente importante que la asistente sea positiva en su actitud y demuestre confianza en el odontólogo. Es tentador para algunas asistentes desplegar una indebida compasión en tales ocasiones, y esta reacción puede tender a alterar al niño o incitar su mala conducta. Esto es particularmente cierto de la asistente que tiene ella misma temor a las inyecciones. También es útil si ella comprende las diversas respuestas que un niño puede desplegar y al comprender esas respuestas, beneficia al niño con mostrar expresiones faciales favorables y controlar su voz. Con la ayuda de la asistente dental, la inyección puede suceder como un acto rápido, sin tropiezos, sin inconvenientes para el niño o para el odontólogo. Si el niño

se altera, sera importante proseguir con el procedimiento de inyección, administrando lentamente la cantidad deseada de solución anestésica, sin detenerse, si esto ocurre, será mucho más difícil recomenzar.

EXODONCIA Y TRATAMIENTO QUIRURGICO.- De las intervenciones quirúrgicas la más frecuente es la extracción. Toda extracción dentaria en niños implica la consideración no sólo de problemas técnicos, sino también, y en primer término la comprensión plena de que significa para el niño la pérdida de su diente y el respeto a las emociones - que la intervención moviliza.

La pérdida de un diente, el que se debe extraer lejos de la época normal de recambio, constituye una herida narcisística que rompe la integridad del esquema corporal. Y justamente en la zona de más profunda y temprana significación en la evolución psicoemocional: la boca.

Aún la exfoliación espontánea de los dientes primarios no es el evento inucuo que los adultos parecen considerar. En el varón, la caída origina aprensiones y temores de castración profundamente arraigados, pero cuidadosamente reprimidos.

Cuando se va a realizar una extracción, quizás corraponde en primer lugar calmar la ansiedad de los padres, - muchas veces más asustados que sus propios hijos, a quienes contagian con sus actitudes o palabras inadecuadas todo su temor. Aclarar que ese diente a extraer pertenece a

su hijo y que su hijo no es solo ese diente. Que esté unido a él por algo más que nervios y vasos sanguíneos.

Se debe explicar que el momento no es grato, en modo alguno. Y que para disminuir la intensidad del trauma y aliviar la tristeza de la pérdida, que siempre existe. Lo primero es, precisamente aceptar lo genuino de su miedo, de su rechazo y de su resistencia, y que resultará muy positivo si lo manifiesta. No confiamos en el niño callado, sumiso, sometido que acepta la extracción "como si nada". ¿es ya un veterano resignado de las extracciones? ¿es tan intenso el miedo que ni puede expresarlo? ¿coincide la extracción con alguna situación ambiental que el niño vive con sentimiento de culpa (nacimiento de un hermano, enfermedad o muerte de uno de los padres u otro familiar, separaciones por ejemplo) y esa extracción le viene bien? Es muy conveniente ayudarle a verbalizar lo que siente, permitirle luego reaccionar sus sentimientos y es casi seguro que le evitaremos inconvenientes y reacciones desagradables posteriores.

Hay que asegurarle al niño que ese diente que se va a eliminar, será reemplazado por otro, mas grande y mas fuerte. Y mostrarle en la radiografía donde esta, como se esta formando y decirle aproximadamente cuando va a salir. Es fundamental insistir en que no se trata de una pérdida definitiva, irreparable, acentuando siempre lo positivo.

El niño tiene ya una imagen nuestra. El odontólogo, -

per la misma naturaleza del procedimiento técnico es considerado consciente o inconscientemente como individuo -- agresivo, destructivo, amenazador. Sus instrumentos infligen dolor, desgarran tejidos, sacan sangre (En los sueños: castrador, violador, asesino, torturador). La posición -- comprensiva, hondamente sentida del profesional, sera cogida por el niño y sin duda contribuiria a calmarlo.

Una vez logrado el ambiente propicio y la aprobación del niño, corresponde iniciar la anestesia. A un niño psicológicamente bien preparado se le puede aplicar la anestesia sin mayores dificultades. Una técnica correcta al hacer la anestesia por inyección es muy importante, ya -- que, contribuye mucho para que ésta sea indolora y evitar así, reacciones desagradables por parte del niño.

No se debe postergar su realización para sesiones próximas, salvo en casos muy especiales. Postergar solo agrega ansiedad y angustia. Decimos, mostramos y hacemos, reiterando prácticamente la explicación.

Después de la anestesia, pasamos a una buena técnica de exodoncia. Se toma el diente firmemente y correctamente con los forceps adecuados y se hace una suave luxación. Evitar las maniobras bruscas. Al niño se le va a explicar que va a sentir como se mueve el diente mientras sale, y tiene que ser así porque él está despierto, es el diente el dormido y que no se esta tirando si no aflojándolo, que sí, que a veces molesta algo. Pretender convencerlo que no es nada, es absurdo y desconsiderado.

Una cosa que no siempre el odontólogo maneja con seguridad es la sangre. Muchos niños preguntan con mezcla de sorpresa, alarma y susto, ¿Me va a salir sangre? O comprueben ¡Me sale sangre!. Seguramente, la mejor respuesta, la que él incluso espera, es si sale un poquito de sangre y explicarle que es como cuando él se cae de una pequeña corte-dn.

Para otras intervenciones quirúrgicas similares a extracciones, rigen los mismos principios psicológicos. Intervenciones quirúrgicas más complicadas exigen más preparativos, que psicológicamente son desfavorables, como por ejemplo. Vestimentas especiales, equipo, sala quirúrgica-etc... Antes de tales intervenciones es necesario preparar siempre al niño psicológicamente y farmacológicamente, aun en los casos en que se use anestesia general corta, ya sea por inhalación u otras vías. Un niño bien premedicado y psicológicamente preparado tolera todos los preparativos y la anestesia tranquilamente, de modo que el peligro de un trauma psíquico se reduce prácticamente a cero.

El cirujano nunca debe olvidar que es responsable no solo de las consecuencias somáticas de la operación, sino también de las psíquicas.

TRAUMA PSICOLOGICO CAUSADO POR LA PERDIDA DE UNA PIEZA DENTAL Y LA PROTESIS DENTAL.- La pérdida prematura de piezas primarias, especialmente piezas anteriores, es a menudo causa de considerables trastornos psicológicos en-

los niños especialmente en las mujeres. Los traumatismos psicológicos pueden deberse a observaciones no intencionales, pero desagradables de amigos o parientes hacen respecto al aspecto diferente del niño. En una sociedad en donde los niños pasan gran parte de su tiempo viendo televisión o revistas en donde los personajes negativos los simbolizan con piezas ausentes o con dentaduras defectuosas, y no es raro que niños con piezas ausentes comparen su aspecto personal con los de la T.V. y revistas. Esta comparación junto con las observaciones desagradables de amigos o parientes puede hacer que los niños desarrollen complejos de inferioridad con respecto a su aspecto personal.

Una dentadura sana y completa es importante no solamente para la digestión y la salud, sino también sin duda, tiene un papel importante para el aspecto del individuo. Esto, desde luego, lo saben apreciar sólo los niños mayores. Pero también los niños pequeños, se pueden dar cuenta, si se les advierte al respecto, que los dientes defectuosos o los espacios le quedan mal.

La dentadura bien conservada se convierte, en la conciencia del hombre, con el tiempo, en símbolo de salud y en condición previa para su buen aspecto.

Una dentadura defectuosa y la pérdida de los dientes, desde luego, tienen una repercusión psíquica. Por eso se trata de eliminar estas deficiencias, aun en niños, por -

medio de aparatos ortopedicos o protésicos, los cuales, - sin embargo también pueden provocar ciertas dificultades psicológicas. En niños se emplean relativamente raras veces la prótesis, aunque en algunos casos se reemplazan -- dientes temporales. El niño afectado o sus amigos muchas veces consideran el diente postizo como una curiosidad, - con lo cual aumenta mas su valor en el mundo infantil, en vez de producir complejo de inferioridad, como puede ocurrir en los adultos. Al crecer más el niño, empieza comunmente a callar esa deficiencia y a disimularla controlando más su mimica o modificandola.

Pero cuando se trata de sustituir varios dientes o -- hasta una prótesis completa, la situación del niño mayor se torna bastante difícil. El constante control de su expresión facial y su mimica, puede causar la impresión de una simulación permanente, y tener una mala influencia sobre su carácter. Hay aquí dos problemas psicológicos principales: Por un lado, la cuestión de la aceptación psíquica de la prótesis; por otro lado, las dificultades que -- pueden originarse por los problemas debidos a la adaptación mecánica no siempre fácil. Un adolescente o una muchacha podrían sentirse inhibidos por tener un diente postizo en la boca, y considerar esto como una deficiencia corporal. Una prótesis deficiente cause al niño molestias muy reales; no se acostumbrará a la prótesis. Según experiencias, los niños pequeños se acostumbraran más fácilmente a la prótesis que los adultos y la aceptaran sin -- trastornos psíquicos.

CAPITULO XI

NATURALEZA DEL MIEDO.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para tratamientos dentales reside principalmente en el problema emocional del miedo. El miedo representa para el odontólogo el principal problema de manejo y es una de las razones por lo que gente descuida su dentadura.

El miedo es una de las emociones primarias que son evidentes al nacer. No obstante, al principio de la vida el niño no se da cuenta del estímulo que le produce el miedo, a medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias, pero trata de huir si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo. El miedo es una de las fuerzas principales que continúan motivando la conducta humana.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca integración cortical. Esto lo ilus-

tran muy bien los movimientos sin inhibiciones de un animal decorticado. Sin embargo, en el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que con su corte altamente desarrollado, puede hasta cierto grado controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación.

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que los producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. El propósito de la enseñanza adecuada, no es eliminar el miedo, sino guiar al niño para que el miedo sea una protección contra el peligro, ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad y puede incluso llevarlo a la cárcel en el futuro. Si no se le enseña al niño temor al fuego, las probabilidades que tiene de quemarse son muchas mayores. Por lo tanto, el enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia situaciones que existen en realidad y no a situaciones en las que el peligro no existe. De esta manera servirá como un mecanismo protector.

Con miedo reacciona el hombre frente a un peligro inmediato; con angustia frente a peligros que lo amenacen en un futuro cercano o lejano. Cuando el niño ve, por ejemplo que el odontólogo se acerca con la jeringa en la

mano, reacciona con miedo; cuando oye de molestia por tratamiento odontológico, siente angustia.

Miedo y angustia se condicionan y se completan entre sí. La mayoría de los niños llegan al consultorio con una angustia que intensifica su reacción de miedo. El miedo soportado durante el tratamiento aumenta la sensación general de angustia de los niños por el tratamiento odontológico. A veces, el miedo y la angustia pueden llegar a tal intensidad que el niño reacciona psicóticamente. Se llega a un trauma psíquico, cuyas consecuencias negativas, pueden inhibir por mucho tiempo el desarrollo psíquico del niño.

Temor y angustia son engendrados por cualquier objeto o situación, que causa al niño la sensación de lo desconocido, lo no usual, lo inesperado o lo misterioso. Desgraciadamente, hay muchos factores en todo el tratamiento odontológico que pueden provocar aquellas reacciones. Por eso ya dimos bastante importancia a la decoración del consultorio, y al comportamiento del profesional y de su asistente, y desde luego también al modo del tratamiento mismo. Cuando el niño ha llegado a conocer oportunamente el ambiente, el odontólogo y el modo de tratamiento, y cuando sus experiencias no han sido desagradables, puede esperarse que no tenga miedo ni angustia. Pero si el niño ha tenido malas experiencias, el miedo y la angustia surgirán ante el tratamiento, aún cuando éste sea conocido por el niño. Entonces ya no se trata de sensaciones primarias.

tivos, infundados sino temor y angustia fundados. Los patrones de conducta del miedo no son los mismos a todas -- las edades, sino que varían con el desarrollo físico y -- mental del niño. Por lo tanto, la edad es un buen linea-- miento para saber qué es lo que produce miedo a un niño.-- Se ha observado que los niños inteligentes despliegan más miedo que los otros, debido a su capacidad de reconocer -- el peligro y su resistencia a aceptar aseveraciones verba-- les sin pruebas.

TIPOS DE MIEDO,-

MIEDO OBJETIVO.- Los miedos objetivos son los produci-- dos por estimulación física directa de los órganos senso-- riales y generalmente no son de origen paterno. Los mie-- dos objetivos son reacciones a estímulos que se sienten,-- ven, oyen huelen o saborean, y son de naturaleza desagra-- dable. Un niño que, anteriormente ha tenido contacto con un odontólogo, y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha infligido dolor innecesario, por fuerza desarrol-- lará miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de esta manera-- acuda al odontólogo por voluntad propia. Cuando lo hacen volver el odontólogo debe comprender su estado emocional-- y proceder con lentitud y precisión para volver a estable-- cer la confianza del niño en el odontólogo y en los trata-- mientos dentales. También un niño que no ha sido manejado adecuadamente en un hospital, o que ha sufrido en él, in-- tensos dolores influidos por personas uniformadas, enten--

ces se puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares de los odontólogos. Un diente doloroso puede causar dolor con la odontología y puede causar aversión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aversiones todavía mayores.

MIEDO SUBJETIVO.- Se encuentra basado en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por otras personas, sin que el niño haya tenido experiencia personal en el incidente. Los niños pequeños son muy susceptibles a la sugestión. Un niño de cierta edad y sin experiencia, al oír de algunas situaciones desagradables, o que produce dolor, sufrida por sus padres u otra persona, pronto desarrollará miedo a esas experiencias. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y con la vívida imaginación de la infancia, se agranda y se vuelve imponente. SHOBAN Y BORLAND informaron que en los adultos el miedo a la odontología estaba principalmente basado en lo que hablaban sus padres sobre ello. En niños, como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. - Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ello. Su miedo es un intento de

de ajustarse a una situación que toman sea dolorosa. Hasta que el niño está convencido de que no existe razón para ajustarse, persistirá el miedo.

Los temores negativos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observe miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuino como el que está observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres. Frecuentemente los niños se identifican con los padres, si el padre está triste el niño se siente igual, si el padre muestra miedo el niño está temeroso. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno se dé cuenta; Son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difícilmente de eliminar. Generalmente, mientras más tiempo, temores subjetivos se encuentran en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia, estos temores pueden ser más intenses y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los miedos más difíciles, de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin dificultad por el niño, si se usa lógicamente y comprensiblemente siempre que el dolor haya sido experimentado anterior-

mente. El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportables y que esta situación a ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior. Por otro lado, - los miedos sugestivos a dolores de tratamientos dentales - no están circunscrito a ninguna experiencia real y personal, de manera que el miedo, que puede experimentarse no encuentra límites. En la mayoría de los niños, el miedo es subjetivo, no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos. - Frecuentemente utilizan el miedo para otros propósitos, -- Tal vez si utiliza el miedo al odontólogo como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita dental, o realice la tarea que le encomendó el odontólogo, -- para cuando esté en casa. Son los padres y el odontólogo - los que tienen que determinar si el miedo es real o simulado.

C A P I T U L O X I I

EL SIGNIFICADO DEL DOLOR.

Definición - El dolor puede ser definido, esencialmente, como una sensación de respuesta displacentera a un estímulo. Una definición tan global debe tomar en cuenta un estímulo que pueda surgir exteriormente e interiormente en el organismo. El estímulo puede ser tenue, quizás sólo un pensamiento en la mente de un individuo. El dolor se acompaña generalmente por trastornos psicológicos y emocionales. La conciencia del dolor parece tener lugar en el nivel talámico, pero parece requerirse la corteza para la localización de la calidad y grado de estímulo ofensor.

Se ha dicho que la experiencia del dolor une el cuerpo y al espíritu. La reacción a un estímulo sensorial delgado y su pleno significado para el paciente depende de la posición del hombre o la mujer en el espectro de la conciencia de sí mismos en ese momento; esta "conciencia de sí mismo" gobierna una considerable extensión la atención para un estímulo externo y el grado de percepción del mismo. El estado de conciencia de sí mismo es frecuentemente el factor integrante en la determinación de como reacciona el paciente a la terapia odontológica.

Nuestra preocupación primordial como miembros de la profesión odontológica es la represión y el alivio del dolor. Para dominar y aliviar el dolor debemos comprenderlo y hacer que esa comprensión actúe para alcanzar nuestros -

objetivos. Sabemos que existen muchos campos de interés en la superación del dolor. Uno de los más obvios, claro está, se relaciona con los estímulos traumáticos, físicos; la de anestesia, la frasa, etc..

El dolor es signo de advertencia para proteger contra las enfermedades orgánicas. Un dolor insoportable y prolongado puede causar daños tremendos al individuo, tanto psicológico como físicos; a veces convierte a una persona extrovertida en un ermitaño, y a un hombre fuerte en un cobarde. No hay pacientes más agradecidos que aquel cuyo dolor ha sido aliviado por la intervención hábil y oportuna del odontólogo.

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL DOLOR.-

VIA SENSITIVA AFERENTE.- El rostro humano, la boca y la faringe tiene gran cantidad de nervios sensoriales; estas neuronas se relacionan principalmente con el quinto -- nervio craneal, pero existen contribuciones importantes -- del séptimo, noveno y décimo. Algunas fibras también pasan del primero y segundo nervios cervicales a la parte inferior de la cara.

Las neuronas sensoriales son unipolares. Los núcleos de sus células están situados en ganglios como el ganglio gasseriano del quinto nervio craneal. Un proceso de mielinización se extiende periféricamente del núcleo de la célula al órgano receptor o terminación libre de la neurona. El proceso central se extiende del núcleo de la célula al lugar donde hace sinapsis con las células del núcleo de la raíz sensorial del nervio.

La transmisión de los estímulos empieza en el extremo receptor de la neurona aferente, y sigue a través del núcleo del ganglio, hasta la sinapsis del núcleo sensorial. Se han identificado receptores especiales para estímulos como calor y tacto, pero generalmente no se acepta que haya receptores especiales al dolor (MERSKEY Y SPEAR, 1967). Aunque se ha observado que las fibras de mayor diámetro - tienen mayores velocidades de transmisión, no se sabe con seguridad de que manera afecta esto a la percepción del dolor aunque es posible que el tamaño de la fibra sea selectivo para la transmisión específica de un estímulo doloroso. No existe evidencia sólida de estructuras asignadas específicamente a recibir o transmitir estímulos dolorosos.

Es bueno observar que muchas de las neuronas aferentes de los nervios sensitivos de la cara, boca y faringe, expresamente los nervios craneales quinto, séptimo, noveno y décimo, y el primero y segundo nervios cervicales, termina en el núcleo caudal trigeminal (núcleo trigeminal espinal). En ese lugar, éstas primeras pasan al lado opuesto del tracto y acciende al núcleo arqueado del tálamo, - en donde las sensaciones son integradas, filtradas organizadas y por así decirlo, reciben tono emocional. Desde el tálamo, un tercer grupo de neuronas proyecta el estímulo a la corteza, en donde se percibe como dolor. A lo largo de esta vía de receptor a corteza, el sistema central nervioso es en alguna medida capaz de recibir, codificar, -- transmitir e interpretar información sobre la calidad, in-

tensidad, localización y duración de los estímulos que se perciben como dolorosos.

REACCIONES DEL PACIENTE AL DOLOR.- Las estructuras y sus funciones que hemos mencionado como constituyentes de la vía sensitiva aferente por las cuales se experimenta el dolor, son subjetivas y carecen de signos clínicos externos u objetivos, si se percibiera solo el dolor y no existiera reacciones a él, no habría necesidad de considerarlo. Pero mientras que la percepción del dolor es de máxima importancia para el paciente, es en realidad la reacción del paciente al dolor lo que es de máxima importancia para el odontólogo. Los mejores medios para obtener hechos clínicos sobre el dolor y las reacciones a él incluyen observaciones del paciente, descripción del dolor por el paciente, e a veces en el caso de un niño, la valoración hecha por los padres y finalmente exámen clínico.

Observación del paciente.- Los signos físicos que ayudan a estimar los parámetros del dolor incluyen el llanto, evitar el contacto físico con la parte dolorosa, pérdida del apetito, insomnio, palidez, las pupilas pueden dilatarse y pueden producirse contracturas faciales y agitaciones físicas.

Descripción del dolor.- Las palabras elegidas para describir el dolor ofrecen cierta visión del contenido emocional de la reacción del paciente o de los padres. Los niños de muy corta edad no pueden describir claramente sus experiencias y sensaciones, y de esta manera son sus padres los encargados de describir el dolor manifestado por sus

hijos. Es raro que los niños finjan dolor dental. Por el contrario muy a menudo lo niegan. Los niños confían mucho en dolores como el de el estomago cuando quieren hacer teatro.

Exámen clínico.- El exámen clínico de un paciente adg herido o de un paciente que teme al dolor debe hacerse -- con mucha consideración. Es esencial tranquilizar al paciente antes, durante y después de cada procedimiento. Un signo bastante fidedigno de un diente que molesta es una acumulación unilateral localizada de materia alba que indica que se evitó masticar y limpiarse la boca a causa del dolor que existe en esta área. Muy a menudo están presentes síntomas cardinales de inflamación, y movilidad de la pieza, y también lesiones cardiogénicas abiertas.

EFFECTOS DEL DOLOR EN EL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO.- -

El dolor y el miedo al dolor producen efectos en el sistema nervioso autónomo (y también en el compartimiento) . - - Lewis y Law, mostraron que la frecuencia cardiaca, la temperatura de la cara y las manos y la respuesta galvánica de la piel, son importantes respuestas psicomotoras a la tensión, con modificaciones en cierto grado por los varios elementos del tratamiento dental. En tres ensayos publicados por Nevitt y Stricker se demostró que la inteligencia de los niños era un factor para elevar los umbrales del dolor y que respuestas fisiológicas a varios tipos de estímulos bucales eran modificadas por la inteligencia y por ansiedad preexistente. En el último de estos ensayos, indican que solo el 16 por 100 (16%) de los 88 niños que evaluaron, entre las edades de cuatro y siete años eran aprogivos.

EMOCIONES Y REACCIONES AL DOLOR.- Birus y Col. (1969) observaron que los niños difieren entre sí en sus reacciones a las tensiones a la edad de un mes. Esas diferencias persisten a través de un período de observación de tres meses. Este hallazgo refuerza la hipótesis de que algunos aspectos del comportamiento se desarrollan muy temprano, de una manera característica, y permanecen estables en cada individuo. Perryman y Col. (1971), observarán que en los adultos existen variaciones considerables en respuestas autónomas, registradas en sujetos experimentales cuando el estímulo doloroso excede ligeramente el nivel tolerable de cada sujeto. Sugirieron que factores emocionales característicos del individuo influyen considerablemente en establecer los límites de sus tolerancias del dolor. Opinaron que los factores emocionales explican las variaciones en las respuestas autónomas.

Muchos Odontólogos, acertadamente permiten que los niños y los adultos detengan las preparaciones de cavidades, o cualquier tratamiento que esté en progreso, para descansar brevemente antes de continuar. La experiencia muestra que el paciente siente gran tranquilidad con esta medida.- La frecuencia de las interrupciones va disminuyendo a partir de los primeros cinco, o diez minutos. Después de haber comprobado la eficacia de la práctica, el niño se siente satisfecho, porque su control es real, y generalmente no abusa de este privilegio, incluso cuando se le dice que lo haga.

SIMBOLISMO.-

Las experiencias de temor pasadas, presentes e imaginarias, tienen un sentido simbólico que puede distorsionar, disminuir o magnificar una sensación. La aprensión y un umbral bajo de dolor relacionado con cualesquiera y todos los tipos de terapia dental, son "derechos de nacimiento" que muchos individuos heredamos.

La aprensión o ansiedad es un anticipo en el sentido de que ella proyecta el futuro en molde de experiencias pasadas. Es evidente que por virtud del simbolismo, el daño emocional puede transformarse en dolor físico. También es claramente evidente que en muchos casos el odontólogo es una figura asociada por el paciente con representaciones simbólicas que fueron acopiadas por experiencias sean reales o imaginarias. Obviamente incumbe al odontólogo determinar en que aspecto psicológico aparece el paciente y por que aparece de este modo. Algunos profesionales tienen la habilidad o la personalidad que los capacite para inspirar confianza y amistad casi a primera vista. La habilidad para aliviar la aprensión y el dolor se refleja en la vecindad de tales prácticas. Sus maneras junto al sillón inspiran confianza e imparten fortaleza a sus pacientes. En otros, la hostilidad y la desconfianza parecen ser fomentadas por su presencia; cuando se acercan al paciente la aprensión y el dolor se intensifican. Esto comprende en total al consultorio y a su personal auxiliado.

INVERSION DE LA EXPERIENCIA SIMBOLICA.-

Las personas varían en su tolerancia para la duración-

del dolor. Un hombre o una mujer pueden variar en su tolerancia para la duración del dolor, si las circunstancias y el ambiente se alteran. Por ejemplo, un paciente es sometido a una terapia dolorosa y reacciona con plena expresión, tal como tensión muscular, rigidez y síncope. El mismo paciente, pero con restablecida seguridad, un odontólogo diferente en quien él tiene mayor confianza, un distinto ambiente dental y más importante que todo, un nuevo horizonte de comprensible valoración de lo que representaría el logro de la salud y preservación dental, podría reaccionar de una manera completamente diferente de este modo, tendríamos que en un mismo paciente, con la misma excitación sensorial, pero bajo circunstancias modificadas, habría un estado fisiológico alterado en el asiento de la lesión. -- Los senderos anatómicos para la transmisión y recepción de la sensación son los mismos; la diferencia parece ser de sentido modificado y por lo tanto, la experiencia ya no necesita ser dolorosa. Esta capacidad de transformar la sensación en llamada experiencia simbólica invertida en un proceso que opera en un alto nivel de conciencia. Cuando no podemos lograr inversión de experiencia simbólica a este nivel, debe ser administrada la terapia de drogas de modo que podamos reducir el nivel de conciencia y disociar así la experiencia simbólica e interpretación.

El odontólogo debe reconocer el hecho de que el paciente, tanto como la enfermedad odontológica y sus síntomas, dehan ser tratados. El tratamiento requiere de alguna comprensión del paciente, su actitud y sus valoraciones si-

cológicas. Nada menos que toda la persona participe en las experiencias de aprrensión y dolor.

CAUSAS DE DOLOR EN NIÑOS PACIENTES DENTALES.

Los estímulos que resultan en dolor se agrupan aquí - de acuerdo a su origen como síntomas de enfermedad y lesión o como resultados de tratamientos dentales.

DOLOR BUCAL SINTOMATICO EN NIÑOS.- Los dolores dentales -- que experimentan los niños más comunmente son de abscesos-pulpaes y dentoalveolares. Este tipo de dolor cuando es - intenso, puede ocurrir en cualquier momento; pero parece - ser mas común durante la noche. Surge espontáneo, y normal-mente va acompañado de signos de inflamación e infección - adyacentes a piezas cariogénicas traumatizadas y restaura-das. El dolor puede durar varias horas y puede evitar que - el niño coma, duerma o realice cualquier otra actividad -- normal.

El dolor dental más común es probablemente un dolor - breve y agudo de intensidad variable que experimentan los niños de cuando en cuando, cuando comen y beben. A veces, - esto son los dolores vasomotores que resultan del enfria-miento repentino de las piezas y otras estructuras bucales debido a grandes volúmenes de comida y bebidas muy frías.- El mismo tipo de dolor puede deberse a estimulaciones de - la dentina que ha sido expuesta a la cavidad bucal por una fractura o por caries. Estos espasmos de dolor desaparecen en cuanto se disipa el estímulo, a menos que el daño al -- diente y la pulpa sea intenso, en este caso puede producig

se un dolor prolongado. Este es el denominado "dolor segundo", un dolor sordo continuo que sigue al primero dolor vivo y superficial. Desafortunadamente, no hay medios seguros para determinar el estado de una pulpa, a partir de sus síntomas. Pero, de manera muy general, mientras más profundo sea el dolor inicial, y mientras más largo sea el dolor secundario, más probabilidades habrá de que existan problemas serios.

Otra causa común de dolor en los niños, que a menudo se confunde con pulpitis, es el dolor que causa la impactación de la comida en los intersticios dentales abiertos, - donde las lesiones cariogénicas han destruido los bordes marginales y los contactos normales. Puede ocurrir este tipo de dolor mientras el niño come, puede ocurrir hasta varias horas después. Es importante identificar la causa de este dolor, de manera que se puede evitar un tratamiento - pulpar innecesario o extracción de una pieza que solo esta cariada.

Otras afecciones patológicas en los niños que van - - acompañados de dolor bucofacial incluyen parotiditis y - - otras inflamaciones o infecciones de las glándulas salivales, amigdalitis, tumores y subluxaciones de la unión temporomandibular. Las piezas en erupción ya sean primarias o permanentes, son a veces fuente de dolor, especialmente si están impactadas o desarrollan una pericoronitis lo que a veces ocurre solo por el trauma de haber aplastado el - - epérule durante la masticación. En ocasiones traumas occlusales y bruxismo causan dolor en los niños.

Un niño que dice que tiene dolor en los tejidos faciales y bucales deberá ser examinado con los mismos cuidados que cualquier adulto. Si un examen profundizado no revela la causa del dolor, el odontólogo tiene justificación para pedir evaluación médica. Este tipo de vigilancia consciente ha logrado que se diagnostique a tiempo mas de un caso de leucemia y tumores de la mandíbula y del sistema nervioso central.

Los primeros dolores bucales experimentados por un número importante de niños, aparecen en el momento de la erupción de las piezas primarias. Los padres, los pediatras, -- los amigos, etc., tratan estos problemas con mucha mas frecuencia que los Odontólogos. El tratamiento se dirige a producir analgesia local y sedación central. Estas metas se -- llevan a cabo por aplicaciones directas y repetidas de lociones especiales, calmantes, wiskey, hielo, tabletas de aspirina. Las lociones generalmente contienen un anestésico -- tópico y un contra irritante.

La aspirina no debe ser aplicada topicamente, porque -- quema los tejidos. Las lociones que contienen mercurio nunca deben ser usadas.

DOLOR ASOCIADO CON TRATAMIENTO DENTAL.- El dolor como sugieren Hardy, Wolff y Goodell, es mas que una sensación, tiene componentes de comportamiento emocionales y autónomos, conscientes e inconscientes.

Los niños de muy corta edad, cuyo comportamiento no -- está aún diferenciado, reacciona llorando, o retorciéndose,

o gritando, con igual fuerza contra cosas que no les gustan que contra cosas que les hacen daño. El odontólogo con algo de experiencia clínica puede predecir las posibilidades de dolor con bastante exactitud. Sin embargo, no puede predecir siempre las percepciones del paciente a los estímulos, ni sus reacciones a ellos, de manera que deberá estar preparado para lo peor.

Los estímulos más dolorosos se encuentran en cirugía y en tratamientos de pulpa vital. La instrumentación de lesiones cariosas y preparación de cavidades producen dolor y también cuenta el estímulo negativo del ruido, presión y vibración de la instrumentación. Siguen a estos en sensibilidad las inyecciones de anestesia, especialmente en tejido palatino y el curetaje. Colocar diques de hule, películas de radiografía y algunas veces colocar instrumentos de activación son menos dolorosos pero aún de cierta molestia. De cuando en cuando, se puede infligir dolor durante un examen dental. Este deberá evitarse por todos los medios, a menos que sea un hecho deliberadamente, como procedimiento diagnóstico, como en la comprobación de la pulpa.

De todas estas causas de dolor, existe controversia solo sobre una, la cantidad y tipo de dolor asociado con la preparación de las caries en las piezas de los niños. Primero, las piezas y los pacientes no son de igual sensibilidad ni tienen igual reacción al dolor en todo momento. En segundo lugar, hay algunos hechos que guían al odontólogo para predecir cuando las piezas tendrán probabilidades de ser más o menos sensibles. Las piezas jóvenes, ya sean primarias o

permanentes, son mas sensibles. Las piezas jóvenes, ya sean primarias o permanentes, son mas sensibles que la de mayor edad. Las piezas primarias son jóvenes hasta los cinco años después de erupcionar. Después de esto, son viejas. Las piezas son muy sensibles en la unión de dentina y esmalte, en capas profunda de dentina cerca de la pulpa, en cemento y - evidentemente, tiene mayor sensibilidad dentro de la pulpa. De esta manera, las lesiones cariogenicas y las preparaciones de la cavidad poco profundas e en cemento o cerca de la pulpa, seran las mas sensibles a la instrumentación al cæter, a la medicación, etc....

Es importante que el odontólogo establezca una relación con cualquier paciente, antes de empezar un procedimiento que probablemente vaya a ser doloroso. Los niños - quieren respuestas concretas a las tres preguntas relativas al dolor. ¿va a doler? ¿cuánto va a doler? ¿cuánto tiempo va a doler?. No hay nada que los altere tanto como un dolor inexplicado e imprevisto.

El dolor posoperatorio generalmente no es muy serio en niños muy pequeños, e incluso después de cirugía. En niños de mas edad existe una tendencia a mayor molestia posoperatoria y va aproximandose a la que se observa en los adultos. El dolor posoperatorio más común que experimentan los niños no es causado por el tratamiento dental, sino por morderse y masticarse la lengua, labios y carrillas, que realizarán cuando estaban insensibles después de la anestesia de bloque. Los niños y los adultos que los acompañan al tratamiento deberan recibir instrucciones claras como protegerse de este peligro.

La única conclusión que puede derivar el odontólogo - consciente es que el alivio del dolor es un problema altamente complejo que exige soluciones individuales, y que -- las soluciones exigen, como requisito previo, el conocimiento y la comprensión del paciente individual. Este conocimiento no lo alcanza el terapeuta aplicando juicios de valor preconcebidos a las quejas del paciente sino mas bien observando y escuchando y por sobre todo comprendiendo la flexibilidad de las consideraciones necesarias al procurar atenuar el dolor.

Aliviar el dolor en un semejante es un acto sagrado.

CAPITULO XIII

CONCLUSIONES

El someter a un niño a la odontología supone siempre el trauma psicológico producido en comparación con la necesidad del tratamiento. Puesto que la mayoría de los niños necesitan de la odontología, es imperioso que el trauma psicológico generado sea mínimo o nulo. De todos los problemas asociados con la odontología para niños, el de su manejo es el más importante, pues sin la adecuada colaboración del paciente y de los padres, las intervenciones dentales se tornan difíciles, sino imposibles.

Las actitudes y sentimientos del paciente hacia el odontólogo y los procedimientos odontológicos son tan importantes para el tratamiento exitoso como las aptitudes técnicas del odontólogo. Este es particularmente cierto en la práctica de la odontología para niños, donde la conducta del niño en el sillón dental determina a menudo que procedimiento puede usar el odontólogo. Es imperioso por lo tanto que el odontólogo comprenda el desarrollo psicológico y emocional del niño así como el crecimiento y desarrollo físico.

Los niños pueden ser manejados de diversos modos: -- con vigor y autoritariamente (es decir someter al niño y forzarle a aceptar las exigencias del tratamiento odontológico), o mediante la comprensión de sus necesidades y su conducta a aceptar los procedimientos odontológicos.-

Este último es un proceso de aprendizaje activo que promueve el crecimiento y desarrollo emocional en vez de obstruirlo.

Las generalizaciones en el manejo de los niños podrían confundir, pues éstos varían muchísimo en sus actitudes y sentimientos en los diferentes períodos cronológicos. Un niño de dos años difiere de otro de seis años en sus reacciones y conducta en el hogar, en la escuela, en los juegos o en el consultorio. Un niño de cuatro difiere considerablemente de otro de siete años. Aunque el temor es un factor básico en la mayor parte, si no en todas las situaciones odontológicas, la reacción difiere, así como la conducta, en cada nivel de edad. Además, la personalidad del niño, especialmente en cuanto influye en ella la constelación familiar y las experiencias previas cargadas de estrés, modificará la reacción del niño ante el odontólogo y las atemorizantes situaciones nuevas del consultorio.

Se ha intentado, por lo tanto, caracterizar el patrón general de conducta del niño en sus diferentes períodos cronológicos, en el consultorio odontológico, pues cuando el odontólogo comprende por qué los niños se comportan en determinado modo, tienen mayores probabilidades de comprender porque determinado niño se comporta en la forma en que lo hace. Si el profesional conversa con los padres en busca de una razón de los patrones de conductas deseadas, estará mucho mejor preparado para encarar la situación individual.

Por esta razón, y por muchas más es de esperar que las escuelas odontológicas enseñen más sobre el desarrollo emocional y con ello brinden al estudiante una mayor conciencia de los problemas emocionales del paciente odontológico, como prestan atención ahora al desarrollo físico y a las -- desviaciones de la oclusión. Hasta que esto suceda, el manejo del paciente niño (y del adulto) permanecerá en el nivel empírico a menudo en el dogmático, determinado por la personalidad del odontólogo en vez de estar basado sobre una comprensión de las necesidades del paciente y guiado por éstas.

El odontólogo debe esforzarse en adaptar su consultorio de tal manera que resulte agradable y familiar tanto al niño como a sus padres. El odontólogo como su personal deben actuar en tal forma, que el niño les tenga confianza y hasta cariño.

El miedo y el dolor son dos de las influencias más poderosas, que afectan a las actitudes sobre el uso de servicios dentales. El odontólogo debe saber que el alivio del dolor es un problema altamente complejo que exige soluciones individuales, y que las soluciones exigen, como requisito previo, el conocimiento y la comprensión del paciente individual. Este conocimiento no alcanza el terapeuta aplicando juicios de valor preconcebidos a las quejas del paciente, sino más bien observando y escuchando y por sobre todo comprendiendo la flexibilidad de las consideraciones necesarias al procurar atenuar el dolor.

"Para ser odontólogo no basta una formación científica; se requiere también el arte de tratar a los seres humanos".

BIBLIOGRAFIA

1. Neuroanatomía funcional
Nava Segura
2. Neuroanatomía
Arana Iñiguez, Roman
3. Neuropsicología
Lindemann E.
4. Odontología clínica de Norte América
Vol. 14
5. Odontología clínica de Norte América
Vol. 15
6. Odontología clínica de Norte América
Vol. 18
7. Odontología clínica de Norte América
Vol. 29
8. Odontología Pediátrica
Cohen M. Michael
9. Odontología para niños
Brauer, John Charles
10. Odontología Infantil
Hardant, Weyers
11. Odontología pediátrica
Sidney B. Finn
12. Temas de Odontología pediátrica
Leyt, Samuel
13. Odontología para niños y adolescentes
Mc. Donald Ralph
14. Emergencias en Odontología
Frank M. Mc Carthy
15. Psicología Médica
Fuentes Muñoz Ramón de la
16. The child from five to ten
Gesell, Arnold
17. Revista de la Federación Odontológica Colombiana
18. Manual de Psicología infantil
Carmichael Leonard