

19
1027

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



PSICOLOGIA APLICADA A LA ESTOMATOLOGIA

[Handwritten signature]

T E S I S

**Que Para Obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a**

SOFIA VARGAS GONZALEZ

México, D. F.

1979

15404



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

- A) IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGIA EN LA ODONTOLOGIA.

II.- HISTORIA DE LA PSICOLOGIA

- A) PSICOLOGIA PRECIENTIFICA
- B) PSICOLOGIA CIENTIFICA
- C) PSICOLOGIA MODERNA

III.- HISTORIA DE LA ESTOMATOLOGIA

- A) HISTORIA Y DEFINICION DE ESTOMATOLOGIA
- B) RAMAS O ESPECIALIDADES DE LA ODONTOLOGIA

IV.- FACTORES AMBIENTALES DEL CONSULTORIO EN GENERAL

1.- DISTRIBUCION DEL CONSULTORIO

- A) DIMENSIONES
- B) INSTALACION
- C) MOBILIARIO DEL CONSULTORIO
- D) FUNCIONES DEL PERSONAL AUXILIAR

2.- FACTORES DE RELAJAMIENTO

- A) MUSICA
- B) OBJETOS DE ENTRETENIMIENTO

3.- COLOR

- A) DEFINICION DE COLOR
- B) CLASIFICACION DE COLORES

V.- TIPOS PSICOLOGICOS DE PACIENTES

A) NIÑOS

B) ADULTOS

**VI.- COMPORTAMIENTO DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE EL PACIENTE Y
SU MANEJO EN TRATAMIENTO ESPECIFICO.**

VII.- MEDICAMENTOS

A) ANALGESICOS

B) TRANQUILIZANTES

C) ANTIBIOTICOS

VIII.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

I.- INTRODUCCION

A) IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGIA EN LA ODONTOLOGIA.

La importancia de la Psicología en Odontología es un factor necesario para el inicio y desarrollo de todo tratamiento, es a través de ella que logremos la consideración moral necesaria en nuestro paciente; comprendiendo sus problemas y angustias unidas lógicamente a su dolor físico, pues al recurrir a nosotros por primera vez viene impulsado por las limitaciones que la enfermedad le impone, posiblemente alimentado con prejuicios que justifican sus reacciones indeseables hacia el médico, o bien, al haber sufrido un trauma psicológico, en una desagradable experiencia anterior, provocada por accidente o por manejo inadecuado durante una intervención física, la primera experiencia será decisiva para su futura conducta tanto en el consultorio dental como fuera de él.

El paciente no llega siempre a nosotros solo con el dolor físico presente sino con alteraciones psicológicas íntimamente ligadas como consecuencia a su dolencia física, por lo tanto, no debemos olvidar ni por un momento que recibimos a una persona con angustias y temores y no solo a un Aparato Masticatorio "que falla". Pensemos pues que no devolvemos la salud completa si no atendemos también sus sentimientos.

II.- HISTORIA DE LA PSICOLOGIA

A) PSICOLOGIA PRECIENTIFICA.

Para el desarrollo cronológico de la Psicología, retrocedemos a épocas tan remotas de la historia como la que corresponde a los filósofos griegos como: Aristóteles, Platón, Sócrates y -- otros en donde encontramos referencias a problemas que nos ata--ñen a la conducta humana, posteriormente estos problemas apare--cen en los escritos de los filósofos de los siglos XVII y XVIII. Sin embargo, antes del siglo XIX no había propiamente Psicolo--gía, y los problemas que se referían al hombre, cayeron bajo el dominio de la Psicología, eran en aquellos días de exclusiva in--cumbencia de los filósofos y de los teólogos.

La Psicología, como disciplina independiente, no nació si--no hasta la última parte del siglo XIX y fue aproximadamente en esta época cuando se aplicaron los métodos científicos a la reso--lución de problemas que se refieren a la conducta humana. Gene--ralmente se acepta que la Psicología se originó en Alemania, a -- pesar del trabajo realizado en Francia, Austria y Rusia que con--tribuyó grandemente a su desarrollo.

La historia de la Psicología puede ser dividida en dos --- grandes períodos: 1) La Precientífica, que se extiende desde el trabajo de los filósofos griegos hasta la segunda mitad del si--glo XIX y; 2) la etapa Científica que se extiende desde el año de 1879 hasta la actualidad. El período científico ha consistido

en el desarrollo de "escuelas" o "sistemas" de Psicología.

Como no es posible examinar en detalle la totalidad del período Precientífico de la Psicología solo se dará una breve síntesis de los problemas más significativos. Los problemas de mayor interés se referían a los tipos constitucionales la cualera que el cuerpo humano estaba compuesto por 4 líquidos: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra y cuando uno u otro líquido predomina en el cuerpo se decía que llevaba una conducta particular (bilis amarilla era agresivo y excitable, bilis negra era tranquilo y retraído); otro se refería a las relaciones mente y cuerpo o sea una relación íntima entre las dos cosas; a la doctrina de las ideas innatas en donde se decía que el hombre nacía con la idea como la de "Dios" etc., la naturaleza básica del hombre, en donde se postulaba que el hombre es básicamente "bueno" y que solamente se hace "malo" por la influencia de la sociedad; el asociacionismo y a la conciencia, o sea referente a las ideas, y de como las ideas se asocian en la mente y que llevan relación con los procesos sensoriales.

B) PSICOLOGIA CIENTIFICA.

La historia del principio de la Psicología Científica comprendía "escuelas" o "sistemas" que delineaban el asunto y los métodos de la Psicología. La primera "escuela", el Estructuralismo fundado por Wundt en Alemania en 1879 refiriéndose a la

"estructura" o anatomía de los procesos conscientes, es decir, - todo lo relacionado a la mente, la conciencia, la percepción o - imagen, en la cual se empleaban métodos experimentales, el método más importante empleado por los estructuralistas es el de "Introspección" que significa "ver hacia adentro" o sea que un sujeto - recibía instrucciones para relatar, tan objetivamente como fuera posible, su experiencia consciente durante el proceso de captar - y juzgar los estímulos, descubriéndose así sus propias experiencias. Se llegó a la conclusión de que todos los procesos cons---cientes consistían básicamente en 3 elementos; sensaciones, imágenes y sentimientos; en las sensaciones se presenta una serie - de estímulos que darán determinadas respuestas; imágenes la presentación de estímulos percibidos en diferentes formas, tamaño, - color, etc.; y los sentimientos una serie de diferentes respuestas que se van a emitir al recibir un estímulo.

Con respecto al Funcionalismo: fundada por Wundt considerada por los psicólogos alemanes como una "ciencia pura". Estaban interesados en saber que es lo que sucede y como sucede pero no porque sucede. La materia del Funcionalismo por lo tanto era considerada como la "utilidad fundamental de la conciencia" y sus métodos eran experimentales y empleaba inclusive la Introspección.

El Funcionalismo dió origen a las ramas aplicadas a la Psicología tales como la Psicología Clínica, Educativa e Infantil.

Tres escuelas o sistemas emergieron al mismo tiempo: el -

Behaviorismo, la Psicología de Gestalt y la Psicología Dinámica.

Watson fundador del conductismo, no estaba satisfecho con la subjetividad del estructuralismo y del funcionalismo. Propuso que el asunto de la Psicología se limitara a la conducta y -- que los psicólogos emplearan exclusivamente los métodos experimentales más rigurosos. El Behaviorismo dio gran importancia al aprendizaje y utilizó muchos tipos diferentes de animales en sus investigaciones, tomando en cuenta el medio ambiente.

La Psicología de la Gestalt nació como protesta en contra del carácter elemental del estructuralismo ya que se pensaba que era difícil estudiar las diferentes conductas o respuestas de un organismo. Gestalt es una palabra alemana que se traduce como -- "forma", "organización" o "configuración", no hay una traducción más exacta y por lo tanto llamamos "la Psicología de las formas" o "Psicología de las configuraciones". Los trabajos de la Gestalt se concentraban en la percepción principalmente, después a la conducta social y al pensamiento y posteriormente al aprendizaje.

La Psicología dinámica primitivamente fue asociada con las causas, motivos y la dinámica, o sea, el funcionamiento de la -- personalidad, es decir, los rasgos de un individuo. Freud, uno de los fundadores de esta escuela, dedicó toda su vida al estudio de la personalidad, y en particular al funcionamiento de la personalidad en el caso de la conducta anormal. Dando lugar al surgimiento del Psicoanálisis.

En el período comprendido entre la Primera y Segunda Guerra Mundiales, la Psicología creció notablemente, y al desarrollarse, las diversas escuelas o sistemas de Psicología desaparecieron -- lentamente. Los diversos sistemas que se han expuesto eran muy -- estrechos en su manera de tratar la Psicología; limitaban el asunto, y en la mayor parte de los casos, también los métodos empleados por los psicólogos, pero la Psicología contemporánea es funcional y aplicable y retiene el interés fundamental conductista -- sobre la experimentación rigurosa y objetiva como método primario de investigación.

C) PSICOLOGIA MODERNA.

La Psicología Moderna puede ser definida como "la ciencia -- de la conducta" es considerada como una ciencia por el uso que ha ce del método científico. No solamente se interesa por la conducta del hombre, sino también por la conducta de todos los animales, y si bien el punto de partida de las investigaciones psicológicas es siempre la conducta.

A medida que la Psicología ha crecido, ha habido creciente -- especialización, tanto en términos de entrenamiento como de interés por la investigación.

Algunas de las ramas de la Psicología Moderna son:

Psicología Experimental.- Los psicólogos experimentales -- realizan investigaciones en todos los aspectos de esta disciplina, en donde se ha definido a la psicología experimental como es

tudio de la metodología científica en general, y de los métodos de experimentación en particular. Por lo tanto, la psicología Experimental tiene como objetivo primordial el desarrollo de habilidad para la investigación.

La Psicofisiología, intimamente relacionada con la Psicología Experimental. El Psicofisiólogo se interesa en las relaciones que existen entre los procesos corporales y la conducta, o sea, lleva a cabo investigaciones acerca de la forma en que el cerebro regula fuerzas motivadas tales como la sed, el hambre, etc.

Psicología Clínica y de Asesoría. La Psicología clínica -- comprende la aplicación de los principios psicológicos para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas emocionales y de conducta tales como las enfermedades mentales, la delincuencia, el retardo mental, el alcoholismo, la adaptación al matrimonio. Los psicólogos de Asesoría en general trabajan con problemas de adaptación en el caso de la persona normal y con mayor frecuencia con los individuos más jóvenes. La adaptación educativa, vocacional y social son intereses del psicólogo de asesoría, mientras que el psicólogo clínico trabaja ocupándose del individuo que ha sufrido trastornos más graves.

Psicología Educativa y Escolar.- Comprende el estudio de los problemas psicológicos relativos a la educación; la medición del progreso, la mejoría de las técnicas de enseñanza, los niños excepcionales, etc. La Psicología Escolar esta relacionada con la psicología educativa, sin embargo, el psicólogo escolar es

empleado por una escuela o sistema de escuelas para asesorar a los niños perturbados y a sus padres, para ayudar con el problema de pruebas estandar y los problemas de valoración, y para el diagnóstico de problemas especiales como el retardo mental. El psicólogo educativo en general es empleado por escuelas de bachillerato o universidades para la enseñanza y por su capacidad de investigación.

Psicología Industrial, los psicólogos que se especializan en esta rama están llamados a idear pruebas especiales para la selección y clasificación del personal, para tratar con problemas relacionados con la moral, para desarrollar programas de entrenamiento, etc.

Psicología Social; se interesa por las consecuencias que tienen los grupos y los productos de la cultura sobre la conducta individual, quedan comprendidos dentro de este aspecto problemas como la propaganda, los cambios de actitud, los prejuicios y las relaciones recíprocas entre grupos. Sin embargo la psicología social es un aspecto que abarca tanto, que la mayor parte de los temas de interés para otros psicólogos forman parte también de lo que interesa al Psicólogo Social.

Psicología del Desarrollo: comprende el estudio de los factores que conforman la conducta humana, desde el período prenatal hasta la etapa de la vida adulta. El psicólogo del desarrollo puede enfocar su atención en un aspecto específico de problemas, como los que se refieren al desarrollo del pensamiento,

o a la percepción, o puede enfocar su atención en un período específico de la vida, como la niñez o la adolescencia. De esta manera la psicología de los niños y la psicología del adolescente forman parte del aspecto más general de la Psicología del Desarrollo.

III.- HISTORIA DE LA ESTOMATOLOGIA

A) HISTORIA Y DEFINICION DE ESTOMATOLOGIA.

La historia de la Medicina se inicio desde que apareció - la primera pareja de seres humanos sobre la tierra, al sentir el primer dolor uno de ellos, el otro ha hecho todo lo posible por aliviar el sufrimiento. La historia de la Odontología esta unida a la historia de la Medicina desde los origenes de esta hasta el siglo XVIII.

La evolución de la Odontología ha sido paralela a la evolución de la cultura, en un principio fueron los sacerdotes los que curaban con oraciones y exorcismos, luego vinieron los brujos de ojos y dientes, y así en un constante cambio, positivo -- unas veces, negativo otras, hasta llegar al amplio horizonte de adelanto de que disfrutamos en nuestros días.

En pueblos cuya alimentación ha sido a base de comidas sa ladas y secas como en los esquimales y a base de trigo como en la civilización Maya y Cultura Azteca la caries no prosperó. Los pueblos orientales y semíticos progenitores de los de occidente, cuya dieta consistió en leche y sus derivados, carne y productos que contenían almidón, ahí las enfermedades dentales hicieron -- sus mayores estragos.

En la antigüedad a los desgastes provocados por la arena mezclada con los alimentos y al uso que se dio a los dientes como herramientas se debio la presencia de abscesos y fístulas.

En la Edad Glacial 240,000 a 100,000 años hasta 5,000 A.C. la presencia de caries en el hombre era desconocida. En la edad de piedra era muy rara 1.5%. En la edad de bronce se hallaba ya muy extendida. La paradentosis era la causa mas frecuente de la caída de los dientes en el hombre diluviano, así como ocurre en los pueblos primitivos.

La Odontología fue primeramente practicada por los sacerdotes, en un rito semireligioso, conservandose dentro de las cosas misteriosas, prestigiadas y reservadas para seres dotados para comprenderlos. La Medicina evolucionó hacia el campo científico, la Odontología se estancaba y permanecía en manos de charlatanes hasta el advenimiento de Fauchard quien la conduce a la necesaria valoración de su importancia. La primera manifestación odontológica de la antigüedad, fue la extracción dentaria y se calcula que ya se efectuaba hace 10 000 años.

La civilización China conocia todas las afecciones de los dientes y maxilares, utilizaban prescripciones para aliviar los dolores de los dientes, inflamaciones y abscesos dentarios, ya hacían clasificaciones de las afecciones orales. Ellos fueron los primeros en emplear el "palillo o mondadientes" y el cepillo de dientes para mantener la boca limpia y dar masaje a las encías. Practicaban la extracción dentaria de modo lento y utilizando solamente los dedos de la mano.

Los japoneses conocieron la protesis rudimentaria, anti--

guamente hacían paladares artificiales de madera en los que colocaban piedras para simular los dientes anteriores y trozos de cobre fundido para reemplazar los molares.

En la India (1500 A.C.) los médicos hindúes eran muy observadores de las facies del paciente. Aunque hacían uso de las oraciones, emplearon ampliamente drogas de origen animal, vegetal, mineral. Usaban el vino como anestésico e inhalador, el humo de cáñamo de la India con los mismos fines. Se han encontrado incrustaciones de oro y de piedras preciosas cementadas con una sustancia resinosa.

Los fenicios tenían conocimientos muy rudimentarios sobre la prótesis. Formaban puentes con dientes de otras personas atados con finos alambres de oro, también utilizaron aparatos de fijación para estabilizar dientes con movilidad, por enfermedad paradontal crónica.

Se cree que los hebreos, pueblo semítico de Palestina fueron los primeros que usaron el oro en obturaciones y la madera y el cobre con esos mismos fines. A Esculapio (en Grecia) en el siglo XIII A. C. se le atribuye el origen de la Cirugía Dental y de quien se cita fue el primero que practicó la extracción dentaria con una pinza de plomo a la cual llamó Odontogogo.

Hipócrates, llamado el Padre de la Medicina y el Abuelo del Arte Dentario (460 o 470 a 360 A. C.) fue el primero que estudió la Anatomía, la Patología y la Terapéutica de la Boca, en-

sus obras se encuentran con detalle descripciones de dientes en-
cias y maxilares. Hizo agudas observaciones sobre los terceros -
molares, sobre la caries y sus consecuencias.

En la Edad Media la Odontología solo fue practicada en --
los conventos entre barberos y charlatanes, durante varios si- --
glos, pues los médicos consideraban innoble ejercerla y ofensiva
para su dignidad. Esta época significó un período de olvido y --
atraso científico.

En la Edad Moderna, en Francia, Ambrosio Paré, nacido en-
Francia en 1510-1590 fue el más celebre cirujano del siglo XVI.-
Escribió numerosos libros primero fue barbero, luego estudio Me-
dicina y Odontología. Habló de la manera de matar "gusanos" cau-
santes de la caries, hace pocas referencias a la protesis dental,
mencionó la reimplantación o trasplatación dentaria, obturado--
res palatinos, erupción de dientes temporales, aconsejó la higie
ne bucal después de las comidas y la eliminación del sarro den--
tal.

Se considera que la primera corona de oro se hizo en 1595
y provocó los comentarios mas extravagantes, un niño fue el pa--
ciente. Delacroce, es el primero que aborda el seno maxilar por-
via bucal.

En el siglo XVII existió una separación más franca entre-
la Medicina y la Odontología. Sin embargo pocos eran los dentis-
tas que tenían su gabinete presentable, la mayoría actuaba en --

mercados y ferias y con una llave "pelicano" por todo instrumental. Este siglo significó el apogeo del charlatanismo.

Nathaniel Highmore (1613-1685) hace un descubrimiento de la mayor importancia, descubrió el seno maxilar o antro de Highmore, que permitió la explicación de síntomas y complicaciones dentales.

Van Scootingen, usó por primera vez limas de esmeril, fue el inventor de las fresas de acero de forma esférica para la perforación de los dientes.

Con Pierre Fauchard, en el siglo XVIII comienza la verdadera época científica de la Odontología, la cual se considera como disciplina científica anexa a la Medicina y su práctica restringida a profesionales con preparación científica. A Pierre Fauchard nacido en Francia en 1678 se le llama el, "Padre de la Odontología". Murió el 21 de marzo de 1771 rodeado de una aureola de prestigio y renombre.

En 1776 el farmacéutico Duchateau hizo los primeros dientes de porcelana. Bourdet, perfeccionó la prótesis, usó el oro en hojas y esmalte rosado para las encías, crea tornillos para los dientes, fue el primero en hacer Ortodoncia.

En Inglaterra. Juan Hunter (1728-1793) su libro "Anatomía y Fisiología de los Dientes" fue una obra prestigiosa y traducida a varios idiomas. Clasificó los dientes en incisivos, cúspides, bicúspides y molares. Expresó que era necesario extraer la-

pulpa hasta el ápice para obtener buenos resultados.

J. Foster Flagg presenta en 1828 la primera colección -- completa de pinzas para extracción. Church inventó en 1831 la -- pinza bayoneta.

Juan Spooner, de Montreal, en 1836 presenta su "tratado-- de los Dientes sanos" donde preconiza por primera vez el empleo de una pasta arsenical para desvitalizar la pulpa: esta pasta se componia de tres partes de arsénico y una parte de morfina.

Chopin A. Harris (1806-1860), inventó en 1838 el primer - sillón dental, modificado por Chevalier y perfeccionado por Perkins en 1859, al adaptarle el sistema de movimiento con la pa - lanca, luego la casa White lo difundió fabricandolo en serie.

Partch presentó y ejecutó por primera vez la apicectomia. Se destacaron en el terreno de la endodoncia: Amoedo, Kantoro- wicz, Flagg, Riggs, Atkinson, Buchinhan, Mackintosh, James Go--- rretson y Loos.

G. Vardiman Black (1836-1915) junto con Milles, dieron -- gran avance a los conocimientos sobre la caries dental. La mas -- grande contribución de Black al problema de la caries dental fue su descubrimiento y demostración de los principios para obturar las lesiones, de tal manera que el proceso quedara permanentemen te detenido. Durante largo tiempo la odontología había estado ob turando cavidades dentarias, pero muy a menudo los bordes se rom pian y la caries recidivada alrededor de la obturación, de esto-

estableció el principio que si en las lesiones cariosas se eliminaban todas las sustancias dentarias afectadas y se extendían los bordes de la cavidad más allá de las superficies susceptibles, hasta las inmunes, una obturación correctamente insertada sellaría permanentemente la cavidad y no habría recidivas en los bordes. A esto llamó él, extensión preventiva o extensión por prevención; principio universalmente aceptado.

En 1870, varios médicos conceptuando a la odontología como rama de la Medicina, se especializarán en enfermedades de la boca y dientes, hicieron una especialización médica de una profesión que era considerada en Francia como que hacer de artesanos, así nace la Estomatología. La primera Escuela Dental se formó en 1879. En 1892 se crea oficialmente el Título de Cirujano Dentista y se reglamenta el ejercicio de la Odontología.

Siendo la Odontología una rama directa de la Medicina y considerando el aparato estomatológico como una parte integral del organismo, relacionada y correlacionado con todo el organismo, debemos tener en cuenta la importancia que tiene la relación entre el Médico y el Cirujano Dentista.

Antiguamente la Odontología era tratada en una forma empírica, sin ninguna base científica considerando la cavidad oral como una entidad sin ninguna relación con el resto del organismo. Ahora el Cirujano Dentista es reconocido como un cirujano especializado en boca, que armoniosamente colabora con el médico.

Actualmente tanto la medicina como la odontología son de las ciencias que mayor evolución han logrado, sus grandes descubrimientos científicos sus nuevas técnicas quirúrgicas, han hecho de estas ciencias unas de las más modernas, contribuyendo con --ello a tratar y a descubrir a tiempo enfermedades que antes eran consideradas mortales de necesidad y que ahora se logra un éxito en su tratamiento.

La Estomatología la podemos definir como la rama de la Medicina que se encarga del estudio de las enfermedades de la boca en general.

En Odontología encontramos una serie de ramas o especialidades que estudian las diferentes enfermedades o alteraciones de los tejidos que se encuentran dentro de la boca ya sean tejidos-duros como: Cemento, Hueso Alveolar, Esmalte, Dentina, etc. y, -tejidos blandos como: Encía, Ligamento Parodontal, Pulpa, Lengua, Carrillos, etc.

B) RAMAS O ESPECIALIDADES DE LA ODONTOLOGIA.

Endodoncia.- Es ciencia y arte que se ocupa del estado --normal, de la profilaxis y de la terapia del endodonto (pulpa y-cavidad pulpar) y del paraendodonto.

Parodoncia.- Se encarga del estudio de la prevención y --tratamiento de las enfermedades parodontales.

Prostodoncia.- Es la que se encarga de reemplazar con sustitutos artificiales los dientes y estructuras ausentes y tiene-

por objeto restaurar la masticación, estética, fonética y demás deficiencias que provoca el desdentamiento.

Exodoncia.- Se encarga del estudio de las técnicas de extracción de los dientes que por algún motivo no deban permanecer dentro de la cavidad oral.

Patología General.- Esta rama se encarga del estudio de las enfermedades o alteraciones del organismo en general.

Patología Bucodental.- Estudia las alteraciones o enfermedades que se presentan tanto en tejidos duros como en tejidos blandos dentro de la cavidad oral.

Operatoria Dental.- Se encarga de conservar en buen estado a las piezas dentarias y a los tejidos de sostén y de devolverle su anatomía y fisiología cuando la han perdido.

Paidodoncia u Odontopediatria.- Rama de la Odontología que estudia al niño tanto física como psicológicamente y que trata sus problemas dentales actuales, aplicando las medidas preventivas necesarias para conducirlo hacia un futuro de salud mejor.

Materiales Dentales.- Se encarga del estudio de las propiedades de los materiales de obturación, cementación e impresión y sus diferentes técnicas de manipulación.

Radiología.- Se encarga del estudio de las técnicas de la toma radiográfica o Roentgen.

Anestesia.- Es el acto prequirurgico que utiliza técnicas y medios para insensibilizar temporalmente el endodonto y el paraendodonto.

Odontología Preventiva.- Esta rama de la Odontología trata o enseña lo referente a la conservación o restauración de la salud bucal de una persona.

Cirugía Maxilo Facial.- Se encarga del estudio de las diversas técnicas quirúrgicas para rehabilitar la salud del paciente.

Histoembriología.- Se encarga del estudio de la morfología, bioquímica y funciones de los tejidos del organismo humano.

Ortodoncia.- Se encarga del estudio de la corrección de las anomalías que presentan los dientes, huesos, etc.

Oclusión.- Se encarga del estudio del cierre o contacto que deben presentar las arcadas dentarias.

Farmacología.- Se encarga del estudio de los diferentes tipos de fármacos y su empleo.

IV. FACTORES AMBIENTALES DEL CONSULTORIO EN GENERAL

1.- DISTRIBUCION DE UN CONSULTORIO.

A) DIMENSIONES.

Una vez elegido el despacho donde se va a instalar el --- consultorio, es preciso considerar sus dimensiones, con objeto - de hacer una distribución apropiada de los elementos y así facilitar el movimiento. Un local demasiado pequeño imposibilita el movimiento normal, haciendo embarazoso el tránsito interior, las dimensiones del despacho tampoco serán exageradamente amplias si no solo lo necesario.

Al instalar un consultorio desde el punto de vista físico se tendrá presente lo siguiente: ventilación, alumbrado, ruidos, etc. pues de esto depende que trabajemos con mayor o menor eficacia.

B) INSTALACION.

Las instalaciones de un consultorio deben ser funcionales y modernas pero ante todo se debe ofrecer la mayor comodidad y - evitar la desconfianza de nuestros pacientes.

Un consultorio con buenas instalaciones, suficiente luz - y temperatura agradable representa una positiva ventaja para - - quien trabaja, pues le permite mayor comodidad, que se traduce - en una labor más eficaz y, por lo tanto, en mayor rendimiento pa - ra el personal. En sitios donde la luz diurna es insuficiente de

be recurrirse a la instalación de luz artificial, que no presta nunca un servicio tan completo como la luz natural.

También se deben hacer las instalaciones correspondientes al clima y calefacción ya que las condiciones del clima tienen influencia no solamente en el carácter de los que trabajan sino que producen en el cuerpo humano imposibilidad para realizar una labor eficiente.

Se procurará que las instalaciones de plomería, electricidad y gas queden ocultas en su totalidad ya que de no ser así -- causará muy mal aspecto.

C) MOBILIARIO DEL CONSULTORIO.

La distribución del consultorio sería la siguiente:

Sala de Recepción.

Secretaría.

Despacho.

Sala Operatoria I

Sala Operatoria II

Laboratorio.

Sala de Esterilización.

Cuarto Oscuro.

Baños (2).

Sala de Recepción.- Deberá tener una correcta, práctica y funcional distribución, contará con un buen alumbrado, estará al fombada, tendrá cuadros, flores naturales, revistas de actuali-

dad, aparato de intercomunicación y música continua, como parte de la clientela es infantil se debe seleccionar la literatura -- con bastante criterio, se procurará que sea sedante y no belicosa, además, causará buen efecto que los cuadros sean de niños -- riendo, sin preocupaciones o jugando.

También hay que evitar que los niños vean a pacientes con dolor, llanto, sangre, etc. ya que esto puede influir en su comportamiento. Tomando en cuenta que el paciente llega al consultorio con cierto temor se recomienda que la sala de recepción sea cómoda y cálida, que tenga semejanza en algo al hogar para que la habitación no le sea extraña.

Secretaría.- La secretaría constará de escritorio, maquina de escribir, sillón, sillón auxiliar, archivero, sumadora, teléfono.

Despacho.- Constará de escritorio con gavetas laterales, - sillón de preferencia giratorio, terno que sea confortable para el buen aspecto del despacho, librero, sillón auxiliar, además, - mesa para el teléfono, cesto para papeles, closet con ropa de calle (por alguna emergencia), cuadros (que sean pocos y bellos), - diplomas, títulos, fotografías.

Salas Operatorias.- Constaran de:

Sillón.- Se colocará de preferencia frente a una fuente de luz natural. El sillón esta formado por: cabezal, respaldo, descansabrazos, descansa pies, sistema de palancas y pedales que le da -

movimientos de colocación.

Unidad.- Consta de lámpara, escupidera, eyector de saliva, eyector quirúrgico braquet, jeringa múltiple, pieza de mano con baja velocidad, aparato de alta velocidad con angulo pequeño, air-rotor ordinario, vitalómetro, espejo con luz, empacador de amalgama por vibración, portavasos que accione de manera mecánica, indicador de la presión de aire, reóstato, control de encendido y -- apagado de la unidad en su totalidad.

Gabinete.- Deberá quedar dentro del area del operador, y concis- te en tener la mayoría de los accesorios al alcance de nuestras- manos.

Lavabo.- Se colocará a la derecha y delante del area de trabajo- dando la oportunidad de que el paciente vea el aseo de nuestras- manos.

Sillón.

Aparato de Rayos-X o Roentgen.- Deberá ser presentable, que armo- nice con el resto del consultorio y cumpla con su cometido.

Banco de trabajo.- Deberá colocarse dentro del area del opera- - - dor.

Negatoscopio.

Laboratorio.- Se adaptará según la especialidad y consta- rá de: mesas de trabajo con cajones accesorios, bancos de traba- jo, lavabos, closet o locker para la ropa y objetos personales,-

además deberá tener conexiones para la instalación de aire, gas, corriente eléctrica, etc.

Sala de esterilización.- Constará de lavabo, cepillo, detergentes y polvo abrasivo para la limpieza del instrumental.

Cuarto oscuro.

Baños.

D) FUNCIONES DEL PERSONAL AUXILIAR.

Es imperativo del consultorio que todo el personal auxiliar este completamente entrenado, para que en caso de ser necesario pueda asumir otras obligaciones.

Secretaria.- Se encargará de atender las fichas dentarias, de hacer el recordatorio de citas, atender el teléfono, hacer los cobros de consultas, llevar el libro de citas, el sistema de archivo, expedientes, control de correspondencia.

Higienista.- En este caso recurrimos a un Cirujano Dentista titulado o un pasante ya que en nuestro país no existe escuela o academia donde obtengan ese título. Las funciones del higienista son: efectuar tratamientos profilácticos, tomar modelos de estudio, tomar radiografías, efectuar aplicaciones de fluor, hacer una labor educativa que puede consistir en una amplia explicación de la razón de los exámenes periódicos, el valor de las radiografías, las dietas que puedan afectar la salud dental, la reposición de dientes faltantes, técnicas de cepillado, etc.

Instrumentista.- Su función abarca desde lavado y esterilización de los instrumentos de trabajo hasta la manipulación de ellos en ayuda del Cirujano Dentista al lado del sillón operatorio.

Laboratorista.- Las cualidades que debe llenar el técnico que solicitamos serán minimos pero concretos y se pueden resumir así: conocer su oficio, así sabremos que es una persona conocida, competente, por lo tanto, sus trabajos serán de calidad. Ser honesto, ser puntual en la entrega de sus trabajos, cooperar para que los trabajos resulten lo mejor posible.

Recepcionista.- Debe desempeñar el siguiente papel: Recibir al paciente, colocar al paciente y acompañante en lugar cómodo, iniciar una plática cuando se trate de un paciente temeroso, mantener la buena disposición de la persona haciendo su vista al consultorio agradable y satisfactoria.

Higienista o Asistente para niños.- Deberá poseer madurez emocional será cordial, sobria, sincera, sonriente, pulcra, oportuna para hablar y discreta para callar, juiciosa, progresista, de voz y personalidad agradables, combinadas con un evidente interés en los problemas del momento además será de gran valor alrededor del sillón ya que nos ayudará a reducir el tiempo operatorio, factor muy importante en el tratamiento del niño.

Además del personal auxiliar que hemos nombrado contaremos con la ayuda del carpintero (cuando renovemos las instalaciones-

del consultorio), el plomero y el electricista (para mantener en buen funcionamiento las instalaciones), y el contador.

2.- FACTORES DE RELAJAMIENTO.

A) MUSICA.

Para relajar a un paciente a través de la música es necesario seleccionar la adecuada a este fin.

Se debe evitar que la música sugiera rapidez, ritmo entrecortado, etc. la música debe seguir un ritmo que condicione un deslizamiento suave de las ideas y libere de toda tensión, la música muy seria o muy popular no lo hará, de preferencia se emplearía música de fondo, ligera, que permita hablar la música es un coadyuvante muy valioso para producir relajamiento.

La música debe ser suave, floja, soñadora, en forma continua y sin interrupciones comerciales, pero el modelo puede variar desde la folklórica hasta la semiclásica o clásica, también se debe considerar la edad del paciente. Para personas jóvenes se podrá usar música de amor y romance. Para personas de edad media se empleará música que denote estabilidad y descanso. Para individuos mayores se usará música que exprese experiencias pasadas y sueños.

Se recomienda música sin cantos para evitar el conflicto entre las palabras del Cirujano Dentista y de la canción. El volumen debe ser bajo ya que de lo contrario resultaría exitante o

irritante defraudando nuestro fin.

B) OBJETOS DE ENTRETENIMIENTO.

Entre los objetos de entretenimiento que se adaptarian a la sala de espera encontramos: revistas de diversa indole, cuadros de pintura abstracta, posters, preferentemente de niños sin preocupaciones, puede adaptarse una pecera, floreros con flores naturales de sombra, hojas de papel en blanco, juguetes, cuentos infantiles para distintas edades.

También podriamos elaborar un album fotografico que a la vez sirve para atraer y mantener a nuestros pequeños pacientes.- En la sala de recepción le será mostrado al niño el album fotografico y se le dirá que se desea incluir su fotografia en el; cuando vea su fotografia en el album responderá más satisfactoriamente al estomatologo y sus procedimientos, por que piensa que el es una persona importante en el consultorio por el simple hecho de tomar parte en el album fotografico.

3.- COLOR

A) DEFINICION DE COLOR.

En el siglo XVII la luz fue estudiada por personas como - Roemer, Huygens, Newton; Descubrieron que un medio refractivo -- (agua, cristal, vidrio) produce no solo la desviación, sino también la dispersión de un rayo luminoso es decir que origina la -

descomposición del rayo en los diversos colores que le integran, estos rayos formaron una franja integrada por 7 colores principales: rojo, anaranjado, amarillo, verde, azul, indigo y violeta, - al conjunto de estos colores se llama Espectro Luminoso.

Newton descubrió que la luz blanca no es de un solo color, sino que esta compuesta por rayos de distintos colores, los mismos que integran el arco iris.

El fenómeno de la descomposición de la luz se explica de la siguiente manera: cada color tiene una longitud de onda diferente y es desviada por el prisma de manera distinta de acuerdo a la velocidad de cada uno.

Los rayos rojos tienen una longitud de onda mayor (0.65 - de milésimo de milímetro) son los menos desviados, los rayos violetas, que tienen una longitud de onda menor (0.41 de milésimo - de milímetro) son los más desviados. En medio se hayan los otros colores, con desviaciones intermedias, nosotros vemos los rayos luminosos comprendidos entre las longitudes de onda del rojo y - del violeta.

Por lo descrito anteriormente podemos concluir que el color de la luz depende de su longitud de onda.

Con respecto a los objetos cuando las ondas luminosas caen sobre una superficie cualquiera, penetra en una pequeñísima capa de la sustancia. En parte son absorbidas y en parte rechazadas - en todas direcciones, o sea, difundidos. La sensación de color -

nos es dada, precisamente, por la luz que es difundida. Por ejemplo un objeto nos parece amarillo por que tiene la propiedad de absorber el azul, el indigo, el violeta, etc. y de rechazar una gama de radiaciones en cuyo centro se halla el amarillo, del conjunto de estas radiaciones, nuestro ojo recibe la impresión de amarillo.

Un cuerpo negro aparece negro cuando absorbe todas las ondas luminosas y no rechaza ninguno por lo tanto lo vemos por contraste con las superficies iluminadas del fondo. El negro no es un color, es una ausencia de todos los colores.

B) CLASIFICACION DE COLORES.

Los colores se clasifican en: Primarios, Secundarios y Terciarios.

Primarios.- Azul, rojo, amarillo. Se les considera como primarios por que con ninguna combinación de otros colores que no sean estos tres se pueden sacar, sin embargo, con estos tres colores se pueden obtener las combinaciones que uno quiera. o

Secundarios.- Violeta, naranja, verde. Estos colores secundarios son obtenidos de las combinaciones de los tres colores primarios, así la combinación del azul con el rojo saldrá el violeta, del rojo con el amarillo saldrá el naranja, del amarillo con el azul saldrá el color verde.

Terciarios.- Son los colores que se obtienen con las combinaciones de colores primarios y secundarios.

Dentro del estudio del color encontramos también una serie de conceptos en los cuales nos van a clasificar el color en: colores calidos y colores frios, colores positivos o activos y negativos o pasivos, colores que se alejan y colores que se acercan, colores duros y colores blandos.

Verde.- Es un color agradable y sedante, es frio, da la impresión de verse lejos, es el más tranquilizante, no produce aburrimiento ni depresión, estimula la concentración y frena la agresividad, evoca la reconfortante idea de la naturaleza.

Rojo.- Es el más estimulante e irritante, se dice que es calido, duro, parece que esta cerca, produce agresividad, estimula, apasiona, se dice que es el más exitante por que nos recuerda las connotaciones de fuego, sangre y revolución.

Azul.- Es deprimente, frio, blando, parece que esta lejos. El azul fuerte es muy estimulante.

El azul celeste es agradable, produce efectos sedantes en pequeñas dosis, en exceso produce melancolia, tristeza, pereza, se dice que este color es refrescante como el agua.

Este color es adecuado para salas de espera o lugares donde no se permanezca por mucho tiempo.

Blanco.- Es duro, tiene efecto alegre, ayuda o estimula a reflexionar pero no debe abusarse de este color ya que resulta enajenante. Además resulta traumático para muchos pacientes fundamentalmente niños ya que lo asocian con blanco-dolor- hospital-

médico, esta asociación de ideas puede interferir en su psiquismo y aumentar su temor al Cirujano Dentista impidiendo su colaboración.

Negro.- Es un color blando.

Naranja.- Resulta agradable para los niños, y personas -- con falta de entusiasmo, desganados.

Morado.- Es un color que produce melancolía y tristeza.

Café.- Es un color viril, fuerte, tranquilo.

Ocre.- Es extremadamente agradable, tranquilo, se recomienda para los trabajos que exigen concentración y aplicación.

Amarillo.- Es calido, duro, parece que esta cerca. Es -- irritante y depresivo en los matices verdosos y negruzcos, en -- los demás tonos es un color calido, incita a la buena disposi--- ción de animo, a la comprensión, a la deferencia con los demás,- es estimulante en proporción equilibrada, no provoca exceso ni -- irritación.

El color que se da a techos, muros, pisos del consulto- - rio, así como la decoración u ornamentación, deben perseguir no- dar gusto a determinada persona, sino al bienestar y provecho de todo el personal al igual que a los pacientes.

Los colores claros reflejan mejor la luz, permiten que el trabajo sea preciso y producen en las personas un estado de animo tal que los impulsa a desarrollar el trabajo con mayor exacti tud y energia.

Una habitación quizá es irritante, calmante, relajante, - dependiendo de la pauta de distribución que se de tanto en el mobiliario como en las combinaciones espectrales.

Los colores más recomendables son: verde, azul, ocre. En pequeñas cantidades se recomienda el naranja, amarillo, etc.

V. TIPOS PSICOLOGICOS DE PACIENTES.

A) NIÑOS.

El temor en los niños es provocado por conversaciones que tuvieron con sus hermanos u otros niños que comentan el haber -- asistido al consultorio como una experiencia muy amarga y dolorosa. En este caso se niegan a someterse a un tratamiento odontológico y por lo consiguiente surge el temor a lo desconocido.

Existen muchos niños que gritan a voz en cuello cuando en realidad no se les esta haciendo nada, pero esto les proporciona un escape efectivo y se puede decir una sensación de seguridad, -- ya que en experiencias previas se ha visto que el gritar es un -- medio poderoso para huir de las situaciones desagradables y ante esto no hay mas que una defensa; la de no prestar atención, seguir adelante y terminar cuando antes la tarea.

El comportamiento del niño es modificable. Si nosotros -- procuramos que sus explosiones emocionales no le resulten favorables su proceder cambiará.

El Cirujano Dentista que desee tener buenos pacientes infantiles primero deberá educar a los padres de los niños. Un Cirujano Dentista que no logra hacerlo no esta empleando todos los medios a su alcance para el tratamiento infantil, la forma de -- tratar a los padres y al niño dependerá del patrón de conducta -- del niño y con un criterio amplio y humano, sin querer encajar al niño en determinado grupo, recordar las reacciones normales -- en cada edad y las principales actitudes del niño en la clínica-

dental.

El manejo exitoso dependerá del cariño, firmeza y el sentido del humor del Cirujano Dentista para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación, se deben encarar las situaciones de manera positiva y amistosa pero debe transmitir la idea de que el trabajo es extremadamente importante y esencial para el bienestar del niño.

Si el niño demuestra un mal hábito debe ser rechazado o vencido desde el primer momento. El Cirujano Dentista debe alentar todos los buenos hábitos con elogios y esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

Lo ideal sería que los padres trajeran a sus hijos al consultorio sin cierto recelo y aprehensión con respecto a su reacción ante el tratamiento odontológico. El Cirujano Dentista puede hacer mucho por la educación de un padre al asegurarle que su hijo entrará al consultorio sin vacilación ni miedo ya que esto tranquilizará al padre por saberse que no son necesarias medidas extremas ya que el niño participará voluntariamente en su nueva experiencia.

Se hará un gran favor tanto al padre como a nuestro paciente si aconsejamos a aquellos las reglas a seguir antes de llevar al niño por primera vez al consultorio. Las reglas son las siguientes:

- 1.- Que no manifiesten sus temores ante el niño, las causas primarias del temor en los niños es la de escuchar

- las quejas de los padres en sus experiencias odontológicas.
- 2.- Que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo pues esto será asociado inmediatamente como algo desagradable y doloroso.
 - 3.- Que familiaricen al niño con la odontología llevándolo al consultorio de visita para que se acostumbre al mismo y entre en contacto con el Cirujano Dentista.
 - 4.- Explicar al padre que un despliegue visible de valor en cuestiones dentales le dará coraje al niño.
 - 5.- Recalcar al padre el valor de un cuidado dental regular, el peor momento para llevar a un consultorio al niño es cuando sufre una odontología.
 - 6.- Que no exista soborno de parte del padre para que el hijo acepte visitar al Cirujano Dentista, esto podrá dar a entender al niño que hay probabilidad de peligro.
 - 7.- Se instruirá a los padres para que no avergüencen, reñan o ridiculicen al niño para dominar su temor al tratamiento dental.
 - 8.- El padre deberá combatir todas las impresiones perjudiciales acerca de la odontología que recibe el niño fuera de su casa.
 - 9.- El padre no debe asegurarle al niño lo que hará o no hará el Cirujano Dentista ya que esto puede llevar al niño a sufrir decepciones y adquirir desconfianza.

- 10.- Unos días antes de la cita se le dirá al niño que ha sido invitado por el Cirujano Dentista al consultorio, nunca forzar la visita ni mostrar un celo -- excesivo.
- 11.- El padre deberá confiar el niño al Cirujano Dentista una vez que ha llegado al consultorio y no entrar a la sala operatoria a menos que su presencia sea solicitada por el Cirujano Dentista, una vez -- dentro actuará como espectador.

Niño Timido.- Este tipo de niño siempre llega al consultorio acompañado de alguien, que explica la razón de la visita. Se esconden detras de la madre, evitan mirar de frente al Cirujano Dentista y no responden a sus preguntas. Se puede ganar su confianza, llamandole por el nombre que esta acostumbrado a oír averiguando las cosas que le interesan y conversandole sobre -- ellas. Cuando el niño no desee hablar no debe obligarsele con preguntas insistentes, que en vez de hacerle sentirse bien le -- hacen sentirse mal y molesto.

Los niños tímidos llegan a ser pacientes cooperadores ya que por lo general son educados y obedientes. Habrá que explicarles sobre los instrumentos que van a ser utilizados y lo que se le va a hacer en su boca. Son niños fácilmente manejables -- que aceptan las indicaciones sin resistencia ni comentarios, hablan unicamente lo necesario. Sus gestos fáciles y espontáneos-

nos facilitan su trato.

Cuando el Cirujano Dentista logra dominar la timidez del niño, se habrá ganado su confianza y tendrá un buen paciente - - dental.

Niño Miedoso.- El temor es una emoción natural en el niño, sin embargo y debido a la influencia de los padres y en general - las experiencias anteriores del niño, las platicas de los familiares, de los amigos y compañeros de escuela, que han tenido molestas experiencias pueden predisponerlo contra el Cirujano Dentista sintiendo temor exagerado que llega al miedo, este miedo puede tener varias causas como las dichas anteriormente, ó, varios días y noches de dolor antes que los padres se hubieran decidido a llevarlo al Cirujano Dentista.

En estos casos hay que tener paciencia, permitirle tocar - algunos instrumentos, explicandole su uso, y, al trabajarle hacerlo con cuidado, tratar de no hacer nada que le produzca dolor en la primera cita, se puede controlar al niño mostrando un positivo interes en sus preferencias, sus gustos o disgustos, sus amigos, - sus juegos, su religión, etc. Además el Cirujano Dentista al trabajar con niños debe ser muy cauteloso tanto en el aspecto personal como en su consultorio. La presencia de instrumentos, manos, - toallas o delantales manchados de sangre no es favorable a la - - vista de los niños. El número de instrumentos debe de ser el mínimo necesario para la intervención. Jamás se le engañará y se debe tener cuidado con lo que se habla delante de él pues se puede per

der la confianza definitivamente.

Niño nervioso e histérico.- Cuando se nos presenta este tipo de niños la forma de tratarlos es con energía. Después de todo un niño en estas condiciones no es tan mal paciente, lo que pasa es que sus temores son más imaginarios que reales, una vez que se da cuenta de lo que es realmente y se convence de que no es tan malo como había oído o como se había imaginado, toda su actitud cambia.

Niño colérico.- Es el que se encoleriza cuando siente una molestia, se enfurece al sentir las cosas desagradables, en vez de aceptar las molestias, y en lugar de decir normalmente me duele, retira bruscamente la cabeza, con voz altanera y llorando dirá que le estamos haciendo daño.

En estos casos lo que se acostumbra, es, decirle al niño que no se enoje, que si hacemos tal o cual cosa es por que tenemos que hacerlo, así este cambiará de actitud aceptando de mejor modo el tratamiento.

Niños mimados.- Estos niños producto de padres indulgentes, son malcriados, y aunque no incorregibles, son bastante difíciles de manejar en la clinica dental.

Pueden llegar al consultorio de diferentes maneras (pateando, llorando, etc.) el problema es la madre la cual no debe permanecer dentro del consultorio. En estos casos debemos indicar a los padres que si contamos con su cooperación fortaleciendo nuestra actitud frente al niño, este cooperará. El niño coope

ra al darse cuenta que su madre relega su autoridad en nosotros delante de él, en tanto que si dudan, pero inclinándose a concederle preferencia al niño, nuestra acción se habrá anulado existiendo la posibilidad de un fracaso total en el tratamiento.

En una gran cantidad de casos, con este tipo de niño, es preciso utilizar la fuerza para lograr su cooperación pero una vez que han aprendido a obedecer se transforman en pacientes excelentes.

Cuando el niño no deja de llorar como último recurso se le sostendrá de pies y manos y la mano del operador se pondrá en la boca y nariz del paciente durante unos 5 ó 10 seg. se le dirá que aunque esto no nos gusta es nuestro deber hacerlo hasta que deje de llorar, gritar o patallar, por lo general basta con una sola vez pero habrá ocasiones en que esto tendrá que hacerse varias veces. Este método es efectivo y rápido ahorrándonos mucho tiempo.

Una vez controlado el paciente el odontólogo puede felicitar al pequeño paciente, habrá ocasiones en que le pida su ayuda como por ejemplo que sostenga los rollos de algodón, la jeringa de aire, el eyector, etc.

Niños temperamentales.- Hay niños que se ingenian para terminar con la cita prontamente, son niños que aunque no oponen una resistencia física idean medios de resistencia, tardan para obedecer las ordenes y las cumplen con la mayor lentitud posible, así tenemos que muchos de ellos se vomitan con frecuen

cia o tosen demasiado, sabiendo que de esa forma retardan el -- trabajo e impacientan al operador. En estos casos el trabajo-- que se ha planeado debe ser llevado a efecto. Con bondad y consideración pueden transformarse en buenos pacientes dentales.

Niños agresivos.- Este tipo de niño no es afortunadamente muy frecuente. Los varones son, por lo general, más agresivos que las niñas. Debemos tener la confianza de los padres para que dejen al niño solo en el consultorio. Trataremos de dominar a estos niños con pláticas de convencimiento, explicándole que en el consultorio es un niño como los otros y que el Cirujano Dentista es ahí la máxima autoridad y en consecuencia se le debe obedecer.

Se le debe hablar con firmeza, si de esta manera no entiende se le sujetará, pero se debe recordar que la fuerza se -- utilizara solo en últimos recurso ya que en este tipo de niño, -- el dominio por la fuerza puede llegar a aumentar su agresividad.

Niños repulsados.- Este tipo de niños es el que resulta más difícil de dominar, debido a la gran cantidad de problemas mentales que le han sido causados por el rechazo de los padres.

Es un niño inseguro, inconciente y asustadizo. Suelen -- ser exigentes y en lo posible, sus deseos deben ser respetados, pues estan muy necesitados de atención y cariño. Cualquier desobediencia manifestada de su parte no debe tropezar con una repulsa, sino con un esfuerzo amistoso y de comprensión.

Se puede obtener su confianza convenciéndole de que cree

mos en él y manteniendo su espíritu de superación.

Niños cooperativos.- Son producto de hogares bien organizados cuyos padres, comprendiendo la personalidad de sus hijos, le han dado una buena educación y una juiciosa orientación.

El Cirujano Dentista no debe abusar de la cooperación de estos niños, trabajadndoles demasiado tiempo. Su cooperación y su adaptación a los tratamientos o procedimientos dentales deben conservarse, para que en lo futuro continúe siendo un buen paciente dental.

Niños enfermos.- En estos niños todo tratamiento deberá ser propuesto hasta su recuperación. Solo se harán curaciones de emergencia. Este tipo de niño cuando no ha recibido atenciones especiales de sus padres, será un buen paciente por estar acostumbrado al dolor, pero cuando sus padres le han brindado atenciones especiales será un niño irritable y difícil de atender.

Niños débiles mentales.- Todos los niños retrasados mentales constituyen un problema individual distinto, sin embargo existe un rasgo común siendo este la lentitud con que asimilan las indicaciones que se les dan.

A estos niños no es posible apresurarlos para que comprendan, debe de darsles el tiempo necesario para que razonen.- Es necesario hablar claro, obrar normalmente y que la sesión de trabajo sea corta. Estos niños tienen la mirada fija, con expresión ausente y al parecer sienten desconfianza; no obstante aun

que sea de un modo lento pero decidido obedecen las ordenes.

Niño sordo-mudo.- Por lo regular este tipo de paciente - coopera, logico es que se necesite una persona que ayude a decir lo necesario al niño.

Estas son algunas de las características de los niños en general pero como es de suponer no es posible establecer normas definitivas para tratar al niño en el consultorio dental pues - lo más probable es que ningún niño se ajuste totalmente a alguna de las características antes mencionadas asi pues el modo de tratar a nuestros pequeños pacientes dependerá de cada niño en particular y según su estado de animo en cada sesión.

El manejo exitoso dependerá del cariño, firmeza y sentido del humor del Cirujano Dentista como dijimos anteriormente.

Paciente adolescente.- En general no son pacientes difíciles. Muchos profesionales encuentran que los adolescentes son casi imposibles de tratar, ya que no desean comunicarse y demuestran poco interés en los adultos, son dados a cambiar de temperamento rapidamente y tienen un gran deseo de independencia.

Estas características atribuidas al adolescente son rara vez un problema para el Cirujano Dentista, esto en parte se debe al hecho de que el adolescente desea aparecer temerario, independiente, fuerte y bravo y de este modo afronta la perspectiva de un tratamiento dental encarandolo con un aire de desafío y bravura.

Tal vez el problema más grande en el tratamiento con ado

escentes es el de motivarlos lo suficiente para que cuiden sus dientes hasta la edad en que se tornan conscientes de su apariencia personal. Durante este periodo intermedio es muy dado a ignorar las sugerencias concernientes a su higiene dental usando esa negligencia como parte de su patrón total de rebelión.

Las niñas son más complacientes, no tienden a mostrar el grado de rebelión que los niños adolescentes, ellas aprenden más tempranamente a ser conscientes de su apariencia personal y de esto se deduce que poseen menos problemas higiénicos que el otro sexo.

3) ADULTOS.

Los adultos como los niños y adolescentes están sujetos a un número de temores e inquietudes que odian comunicar. La necesidad de explicar cada fase del tratamiento no es de menor importancia que para las personas jóvenes no importa cuán maduro parezca el individuo, necesita una explicación de lo que va a tener lugar. El Cirujano Dentista no puede dar por seguro que el paciente adulto conozca completamente el tratamiento, aun cuando éste tratándose con personas profesionales como Médicos Cirujanos.

A continuación nombraremos algunos rasgos psicológicos de pacientes en general, pero, como dijimos anteriormente no es posible establecer normas definitivas para tratar al paciente en el consultorio dental ya que ningún paciente se ajusta totalmente a lo establecido.

Paciente Agresivo autoritario.- Es el paciente que trata-

rá de llevar el curso del tratamiento a su antojo e imponer sus ideas, impaciente y de actitudes bruscas difícil y poco cooperativo. Cuando a estas características se suman buenas condiciones económicas, es el que querrá resolver todo con su dinero o posición social. En este caso el Cirujano Dentista le tratará energicamente y con actitudes firmes, manejando cuidadosamente las relaciones en el curso del tratamiento hasta conseguir su cooperación.

Paciente sumiso.- Este tipo de pacientes no presentan ninguna dificultad al Cirujano Dentista ya que él acepta lo que el médico propone, lo delicado en este caso será el abuso de que -- puedan ser objeto por algún médico con falta de ética profesional.

Paciente Hipocondriaco.- Es el paciente que exagera sus síntomas, su queja es continua, de importancia extrema para él -- que llora y se compadece. Sin olvidarnos de sus quejas pero comprendiendo las características psicológicas de estos pacientes, -- emplearemos nuestro criterio médico sin dejarnos envolver por -- sus constantes y cambiantes apreciaciones que impedirán una adecuada intervención.

Se aconseja revestirse de una actitud docta, acompañada -- de firmeza pero sin descuidar el apoyo que estos pacientes necesitan.

Paciente Suspicious o desconfiado.- Es el que acepta solo -- las indicaciones médicas que le convencen plenamente, que inte--

rroga "que le van a hacer" ó "que le van a poner", el que mira de reojo, que se pone a la expectativa en la primera oportunidad para ver nuestros movimientos y lo que vamos a tomar en nuestras manos.

Debemos darle confianza, platicarle para distraerlo, actuando con rapidez aunque con naturalidad y movimientos suaves.

Personalidad infantil o dependiente.- Son sujetos incapaces de decidir algo por ellos mismos buscando la aprobación del médico o de algún familiar que los acompañe. Sentirse protegidos es una necesidad y utilizarán sus padecimientos para lograrlo, son pacientes que se "chiquean" pero que cooperan si se les da el apoyo que necesitan.

Es prudente prescindir de toda actitud brusca, pero demostrando firmeza en nuestras indicaciones para lograr la confianza del paciente, colocandonos en situación de franca comprensión, así nuestro trabajo se llevará a cabo con armonía y tranquilidad.

Personalidad normal.- Generalmente la relación con estos pacientes es muy buena y se lleva a cabo con rapidez, su interés para facilitar su curación facilita el tratamiento, cualquier indicación médica puede ser discutida razonablemente obteniendo para ambos resultados positivos.

Paciente tímido.- Es el paciente que habla poco, el introvertido, "al que hay que sacarle las palabras con tira buzón". y se apena con facilidad, requiere el buen trato del Cirujano -

Dentista. La necesidad de disminuir su angustiosa situación debe impulsarnos para buscar los medios de hacerle sentir desde la primera entrevista la confianza que esperamos de él y el respeto a sus particulares formas de reacción.

Paciente indiferente,- Es poco frecuente que llegue a la consulta ya que las características de estos sujetos son precisamente no interesarse en nada, sin embargo, el instinto de conservación en el hombre hace que dolores tan intensos como los dentales rompan con esta indiferencia, buscando alivio de alguna manera.

La indiferencia puede presentarse más bien en casos en que no haya dolor físico, en sujetos primitivos y de escasa educación o niños que son llevados por la fuerza o bien en enfermos mentales aunque estos son susceptibles al dolor físico y accesibles a todo tratamiento preocupándose de buscar alivio y cooperando en su tratamiento si se les sabe tratar adecuadamente.

Paciente Neurótico o nerviosos.- Además de su alteración emocional es posible que se ponga pálido, sude, tiemble y hasta se desmaye ó presenta alguna otra característica, es el que necesita 2 ó 3 cartuchos de anestesia, jalan al instrumental o muerden al Cirujano Dentista por que no toleran un objeto en la boca o no controlan sus temores, son inestables en su conducta y tan pronto pueden estar mas eufóricos como cambiar buscamente a actitudes depresivas.

El médico debe cuidar mucho su trato con este tipo de -
pacientes y sugerir si las circunstancias lo permiten la aten-
ción de un especialista en enfermedades de tipo nervioso, ade-
más de enterarse de los auxilios que puede dar a estos sujetos
en circunstancias tales, con objeto de manejar mas adecuadamen-
te a su paciente.

Personalidad Narcisista.- Se caracterizan por amarse a-
si mismos y por la gran cantidad de amor que requieren de otras
personas, en lo general, son desconfiados, viven buscando elo-
gios o alabanzas, amor e importancia, la vanidad es su caracte-
rística principal. Pueden ser pacientes difíciles de tratar --
por su desconfianza y hostilidad. El Cirujano Dentista debe --
mostrarse tan orgulloso de su trabajo como el paciente se sien-
te a si mismo.

El narcisismo o amor hacia uno mismo, es hasta cierto -
grado una reacción emocional normal en cada uno de nosotros y
el comprender esto puede ser de gran ayuda en el manejo de es-
te tipo de pacientes.

Interviene en este tipo de personalidad la preocupación
de los pacientes acerca de los resultados consecutivos a los -
procedimientos dentales que se efectúan y que van a afectar la
apariencia de ellos.

Personalidad Compulsiva.- Es reconocida por la rigidez-
e inflexibilidad de su carácter y conducta. Las reacciones emo-
cionales se encuentran reprimidas dando una apariencia a los -

individuos de una ecuanimidad bien controlada. El compulsivo - es pulcro, ordenado, de buenas maneras, atento y todo debe hacer se de la manera que el considera adecuada.

Son individuos ceremoniosos, su vida esta programada y -- llevada a cabo con gran minuciosidad, cualquier desviación de su programa de vida les hace sentirse molestos y llenos de ansiedad. Son moralistas en extremo, tercos, incondecendientes y cambian - de manera de pensar con gran dificultad. Esta disciplina que - - ellos guardan desgraciadamente no solo la aplican a si mismos, - sino a todos los individuos que conviven con ellos.

El Cirujano Dentista puede recurrir a este énfasis inhe-- rente de orden y limpieza, insistiendo en estas características-- desde el punto de vista de la profilaxis. La ventaja es la de - que el Cirujano Dentista deberá expresar su molestia con los pa- cientes de esta categoria, si los mismos faltan o llegan tarde - a las citas que se les ha dado.

Personalidad Masoquista.- Es el que siente satisfacción - al ser maltratado o despreciado, obteniendo placer en vez de do- lor. Siempre asume la culpa, se siente inferior y su plática es- apenas perceptible y gentil. Corresponde al tipo que siempre es- tá lleno de frustraciones, que nunca alcanza sus ambiciones o al- que siempre le ocurre algo malo en el último momento.

El Cirujano Dentista encontrará mejores resultados al tra- tar una aproximación, directa, en cuanto al sentido de obligacón y deber. Este tipo de pacientes cooperan en extremo principalmen

te en lo que toca a procedimientos dolorosos, ya que ello interviene de lleno en su necesidad de sufrimiento.

VI.- COMPORTAMIENTO DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE
EL PACIENTE Y SU MANEJO EN TRATAMIENTO ES
PECIFICO.

En la primera entrevista se debe despertar confianza en el paciente de inmediato, escuchando su queja, hablandole cordialmente y demostrando interés por su padecimiento formando así un ambiente amable.

Si pensamos un poco sobre la importancia que representa para el ser humano recibir con agrado un servicio, sea cual sea su nivel social; ser tratado con respecto y consideración, estamos en condiciones de disminuir sus temores, angustias y prejuicios.

La relación que existe entre dolor físico y mental es muy estrecho. El dolor de muelas da a cualquier persona angustia, desesperación, insomnio e intranquilidad que la lleva a una tensión nerviosa que se contrapone a cualquier intervención de tipo quirurgico o clinico, estas características se observan mas frecuentemente en personas muy aprehensivas, aunque un poco más exageradas, en esta situación llegan con el Cirujano Dentista.

Sin olvidar lo que significa esta terrible experiencia - el medico debe saber comprender y dar la tranquilidad que el paciente necesita en situaciones tan apremiantes, proporcionando atención inmediata que se traducirá en apoyo y consuelo.

El contacto con los pacientes se realiza por medio de la comunicación considerada esta en toda su magnitud incluyendo

las actitudes y el silencio. Cuantas veces es mas elocuente un gesto que la palabra y el Cirujano Dentista debe aprender a hablar y también a callar.

La cortesía que demos a nuestro personal, a nuestros pacientes y a la gente en general hará aumentar la simpatía de ellos hacia nosotros y hacia la profesión dental tan temida. Siendo corteses demostramos que respetamos a quienes tratamos y que además los consideramos importantes; este es un camino seguro para que nos ganemos la cooperación que tanto necesitamos en nuestro ejercicio y desde luego con la aprobación y el beneplácito de estas personas.

Cuando pidamos algo al paciente debemos decir siempre "gracias" y "Por favor", esto indica que apreciamos los esfuerzos de los demás y hacen que los demás deseen cooperar con nosotros. Cuando alguien nos hable no interrumpamos, aun cuando tengamos que perder o ganar, respetemos el derecho de cada persona a tener ideas propias, siempre es posible contestar cortesmente; si estamos equivocados, admitámoslo inmediatamente y con énfasis. Cuando hablemos por teléfono seamos amables y corteses, demostrando interés aunque prestemos o no un servicio.

Seamos puntuales, esta es una de las mayores cortesías que podamos hacer, esto hará que la gente sienta inclinación a considerarnos personas responsables de nuestros deberes y obligaciones. Cuando exista alguna queja oigámosla con naturalidad, sean razonables o no, aunque una queja sea irrazonable no lo ha-

gamos notar así, a nadie le gusta que lo crean insensato, expliquemos claramente el porque de la causa o razón, si podemos rectificar un error hagámoslo sin pérdida de tiempo. Cuando un paciente se queje de un tratamiento inadecuado escuchémoslo con -- atención, no lo interrumpamos, pidámosle una disculpa por la molestia, aunque hay que considerar las quejas de acuerdo con el -- tipo de paciente. Las quejas son descorazonadoras especialmente cuando se ha hecho todo lo posible por tratar al paciente con -- justicia, lo importante es no dejar que la queja nos abrume.

Si bien es importante la información que puede proporcionar el enfermo, lo es más todavía el modo de expresarlo. Si se -- le permite hablar con libertad, contará con detalle sus molestias y sus opiniones acerca de ellas.

Cuando el paciente interrumpe su narración el médico le -- repetirá una de las molestias orgánicas últimamente mencionadas -- utilizando sus mismas palabras, entonces dará casi siempre nueva información, sus asociaciones serán estimuladas y sin darse cuenta mezclará factores afectivos con su molestia orgánica. Esta -- táctica debemos emplearla desde la primera entrevista hasta llegar al término del tratamiento dental.

Relación Médico-Paciente en su tratamiento específico.

Clinica Dental. Para aminorar o disminuir el temor de -- los pacientes a la fricción de los instrumentos cortantes rotatorios en tejidos dentarios es conveniente utilizar las altas velocidades, que además favorecen su comodidad, previa indicación de

las ventajas y desventajas de la técnica que se emplee, además - será conveniente distraer la atención del paciente, procurando - aminorar el dolor físico y sus tensiones por medio de la música - y de una charla amena.

El acercamiento físico es un aspecto que debemos cuidar - ya que cuando sobrepasa los límites convenientes puede molestar - al paciente o ser interpretado distorsionadamente trayendo como - consecuencia dificultades que pudieron haberse evitado sin es-- fuerzo.

Exodoncia.- Cuando se tenga que practicar la exodoncia es preciso no dejar que el paciente concentre su atención, pues es frecuente que en esos momentos se manifiesten más sensiblemente - sus temores, se le indicará que no cierre los ojos ya que esto - lo conduce a la concentración que lo lleva a una imaginación exa - gerada y directa a las maniobras, cualquier movimiento insignifi - cante lo vive intensamente y esto lógicamente es un factor desfa - vorable en el curso de la intervención.

La exodoncia se inicia desde la aplicación de la aneste-- sia por lo tanto debemos cuidar la inyección de la misma. La ven - taja en el uso de anestésicos tópicos previos a la inserción de - la aguja, ayuda a iniciar la intervención en condiciones de tran - quilidad. Cuando se inicia la infiltración del anestésico convie - ne conversar amigablemente con nuestros pacientes para aminorar - su tensión nerviosa.

Al efectuar la desbridación de la mucosa se pregunta si -

hay molestia (no mencionar la palabra dolor). Aclararemos que la sensación de hormigueo o adormecido es el signo que esperamos para evitar molestias durante nuestras maniobras por lo tanto no debe temer.

Al concluir la extracción estamos obligados de informar de los resultados favorables que se obtuvieron sobre todo en los casos en que se prolongó la intervención, ya que el paciente esta nervioso o ansioso, y al saber el fin de su "martirio" descansará recuperando el optimismo.

Cuando se trate de niños nunca debemos utilizar palabras que puedan causarle temor, como por ejemplo, dolor, jeringa, aguja, inyección, etc.

Daremos nuestras indicaciones de cuidados post operatorios en forma clara, haciendo que el paciente abandone el consultorio confiado en que ha recibido un buen servicio sobre todo si se le pide que regrese al día siguiente para enterarnos de su estado, habremos ocupado 5 minutos más pero probablemente ganemos un paciente por mucho más tiempo. Es importante observar los gestos y actitudes del paciente ya que nos informa mucho de él.

Endodoncia.- Este tratamiento brinda esperanza y optimismo a nuestros pacientes al hacer de su conocimiento las ventajas que tiene para conservar sus dientes naturales. El uso de anestesia para casos que lo requieran en una posibilidad más para evitar las tensiones. Una vez anestesiada recordemos que las maniobras son de movimientos finos, minimos, que no inquietan al paciente.

Parodoncia.- El paciente angustiado por su enfermedad nos hablará de su sintomatología objetiva y desagradable, de la discriminación de que es víctima, etc. Es obvia la impresión de desagrado que provoca la halitosis, generalmente se rehuye al trato personal con este tipo de pacientes. Esta situación provoca inhibiciones y muy frecuentemente sentimientos depresivos que le alejan de la convivencia con sus familiares, amigos, compañeros y demás personas que están en contacto con él.

El apoyo y comprensión del especialista con sus consejos y estímulo le hará sentir la necesidad urgente de someterse a tratamiento que le proporcionarán seguridad y confianza. Con el tratamiento quirúrgico le devolverá salud física y mental.

Prostodoncia Fija, Parcial y Removible.- En la toma de impresiones nos encontramos con pacientes con reflejo de vómito, que es común en este caso de atención odontológica. El uso de anestésicos locales de superficie son de gran ayuda para la inhibición de estos reflejos, pero no solamente debemos tomar en consideración esta característica del paciente sino también nuestro propio control para no agravar la situación que de por sí es muy molesta para quien la sufre.

Es importante controlar nuestras reacciones, pues en ocasiones un mal trato puede provocar disgustos o reacciones negativas que perjudiquen la buena marcha del trabajo e incluso el abandono del tratamiento de lo cual pudieramos ser responsables por nuestra actitud reprobable e inadecuada que puede evitarse -

VII MEDICAMENTOS.

A) ANALGESICOS.

Analgésicos no narcóticos.- Se llaman analgésicos no narcóticos, aquellos fármacos que son capaces de interferir, en algún modo, con los estímulos transmitidos por la vía dolorosa específica.

Tienen la característica a diferencia de los analgésicos -- narcóticos, de no producir habituación, ni dependencia física; de no interferir con el umbral del dolor; de no producir somnolencia y además de tener una acción antiinflamatoria muy significativa, y la mayoría de ellos, además una acción antipirética.

La droga tipo de este grupo es el Acido acetilsalicílico, - sobre el que existe una literatura abundante.

Clasificación.

- 1.- Salicilatos
- 2.- Derivados de la anilina
- 3.- Derivados de pirazolona
- 4.- Grupo indeno
- 5.- Grupo feniramidol
- 6.- Grupo colchicina
- 7.- Grupo ácido fenámico

Salicilatos.- Se consideran en este grupo, los derivados que poseen la acción analgésica del ácido salicílico, que a su vez -- fue aislado de la salicina, un glucósido encontrado en la corteza-

del sauce (salix).

Indicaciones.- Analgesia ligera (cefalalgias, artralgiás, - malestar general que acompaña a muchas infecciones, etc.) fiebre-- reumática, artritis diversas, antipirético.

Toxicidad.- El cuadro de envenenamiento sistémico que puede aparecer con dosis tan altas como 10 g. al día (también dósis menores), se llama Salicilismo. Cursa con vómito, diarrea, náusea, sox dera, alucinaciones, con altas dósis se producen también cambios - en el pH sanguíneo (Acidosis).

Derivados de la anilina.- Rara vez se usan solos como analgésicos. En cambio se usan mucho en mezclas analgésicas supuesta-- mente potenciadas, se asocia a ácido acetilsalicílico y a cefeína. Es menos recomendable que los salicilatos como analgésico.

Derivados de la pirazolona.- Fue el primer compuesto de sin tesis que llegó a usarse como analgésico (antipirina).

Indicaciones.- La aminopirina, la fenilbutazona y sus derivados, son utilizados como potentes analgésicos a dosis de 0.5 g.- 3 ó 4 veces al día. Se utilizan también como antiinflamatorios. La sulfinpirazona se usa como uricosúrico.

Toxicidad.- Se ha reportado en la literatura que pueden lle gar a producir "agranulocitosis". También ocasionalmente pueden -- dar sintomatología menor de efectos secundarios, tales como: náu-- seas, vértigo, retención hídrica, gastritis, etc.

Grupo indeno.- Estos fármacos de reciente introducción, han mostrado tener más capacidad antiinflamatoria que analgésica.

Grupo feniramidol.- Estos fármacos son fundamentalmente analgésicos de gran potencia y también son relajadores musculares. Su más importante propiedad parece residir en el hecho de que no producen hábito.

Indicaciones.- Util en cefaleas inespecíficas, dolores menores, dolores musculares, tensión premenstrual, etc.

Toxicidad.- Es casi inocuo, sin embargo, muy ocasionalmente produce prurito.

Grupos colchicina.- Se les considera como un veneno protoplasmático que impide la reproducción celular. Su uso como analgésico se reduce a los episodios de gota aguda, donde actúa eficientemente a despecho de otros analgésicos.

Grupo del ácido fenámico.- Presentan las siguientes propiedades; analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios.

Analgésicos narcóticos.- Se consideran analgésicos narcóticos, aquellos fármacos que junto con la analgesia, producen un efecto central de inhibición de los impulsos vegetativos que en forma normal, arriban a la plataforma cortical, dando con esto, una sensación de bienestar singular, y que producen además de "habitación", algunos de ellos, "dependencia orgánica", esto es, que a la supresión del medicamento sigue un cuadro clínico característico.

Clasificación

- 1.- Derivados del opio
- 2.- Derivados sintéticos de la morfina.
- 3.- Derivados de la meperidina

4.- Derivados de la heptanona

5.- Otros.

Derivados del opio.- Los derivados del opio son los siguientes: morfina, codeína y tebaína.

Morfina.- Es un analgésico potente que está indicado para frenar la ansiedad que acompaña al dolor. Sus limitaciones terapéuticas derivan de la habituación que produce.

Toxicidad.- Presenta dos tipos de toxicidad: aguda y crónica (habituación).

En la aguda, la depresión respiratoria es muy marcada, puede llegar a la cianosis y a la muerte. La sobredosis es la causante de este cuadro y se contrarresta con la aplicación de una ampolla intramuscular de 10 a 15 ml. de nalorfina.

Cuando existe toxicidad crónica (habituación) se aplican -- 3 mg. subcutáneos de nalorfina y si existe dilatación pupilar es -- por que en la sangre del paciente hay analgésicos narcóticos.

Codeína.- Analgésico derivado del opio, más débil en sus -- acciones farmacológicas, presenta a diferencia de la morfina, una -- acción convulsionante, a dosis altas.

Indicaciones.- Analgésica menos severa que la morfina; útil en dolores de intensidad moderada, a dosis de 5 a 30 mg. Antitusígeno, tratamiento sintomático de la tos, por bloqueo central, tratamiento sintomático de algunas diarreas.

Toxicidad.- Es menor que la de la morfina, también su peligro de habituación; con sobredosis pueden ocasionarse somnolencia,

vómito, náusea, constipación y miosis. La depresión respiratoria - es más rara.

Tebaína.- Intermediario para los productos sintéticos y semisintéticos de la morfina, no tiene utilidad clínica.

Derivados sintéticos de la morfina.- Heroína: es más potente que la morfina, produce mayor habituación, es poco usada clínicamente.

Derivados de la meperidina.- Es intermediaria entre la morfina y la codeína como analgésico. Produce sedación suave y puede ocasionar a veces depresión respiratoria.

Derivados de la heptanona (metadona).- Es usado para el tratamiento de retirada de los drogadictos, pero también puede producir habituación, es analgésico potente.

B) TRANQUILIZANTES, ATARAXICOS O SICOSEDANTES.

Los tranquilizantes son depresores del sistema nervioso central pero con una selectividad para la psicosedación produciendo poca narcosis, confusión mental, letargo y sueño aún con dosis elevadas lo que los diferencia de los hipnóticos y sedantes.

Puede decirse que hasta ahora no hay tranquilizantes absolutamente específicos. Algunos están relacionados con los antihistamínicos y con las drogas relajantes musculares y depresoras del vómito y del mareo.

Los siguientes términos son usados frecuentemente para nombrar las drogas que nos ocupa: tranquilizantes, ataraxicos, tensio

líticos, neurosedantes, psicoinhibidores ansiolíticos, etc.

Clasificación.- Gran número de clínicos y farmacólogos están acordes en que estas drogas pueden clasificarse en dos grupos: -- tranquilizantes mayores y tranquilizantes menores.

Los del primer grupo se usan fundamentalmente para controlar enfermos sicóticos en las perturbaciones esquizofrénicas de tipo -- maniaco y de agitación sea en las formas agudas o crónicas. Las drogas tranquilizantes menores producen calma, descanso mental, abaten la angustia y se usan fundamentalmente en las neurosis, ansiedad, -- tensión nerviosa y facilitan el tratamiento sicoterápico.

Tranquilizantes mayores.- Derivados en la Fenotiazina: Las -- drogas de este grupo son muchas pero todas ellas son similares en -- acción y escoger una y otra en la clínica, dependerá de la suscepti -- bilidad, resultados y efectos colaterales en cada paciente.

Los dos grupo alifático y piperidínico son menos potentes y -- más sedantes. Pueden producir ictericia, hipotensión postural y -- reacciones dermatológicas.

Los del grupo piperazina pueden condicionar síntomas extrapi -- ramidales como rigidez y parkinsonismo.

La clorpromazina fue sintetizada en Francia en 1950 y junto -- con la reserpina fue la primera droga tranquilizante, abriendo un -- enorme campo en el tratamiento de los enfermos sicóticos y siconeu -- róticos.

Se usa para producir calma, tranquilidad, disminución de la -- agitación y la agresividad que se obtiene una hora después de inge --

rida. La acción dura 5 horas. A dosis altas produce sueño. Su indicación fundamental es la sicosis maníaca, delirio y cuadros de esquizofrenia aguda y crónica. Se les usa también en las sicosis tóxicas (alcohólicas) su acción antiemética es superior a la acción antimareo.

A dosis altas y prolongadas producen parkinsonismo, inhibición de los reflejos condicionados y medulares, el sueño no es profundo. Se produce hipotensión, taquicardia, hipotermia, ictericias del tipo obstructivo, ginecomastia en el hombre y producción lactea en la mujer.

Tranquilizantes menores.- Durante años el fenobarbital fue la droga de elección para limitar la angustia, ansiedad y reducir la tensión emocional. Se buscaron entonces drogas capaces de tener una acción selectiva sicosedante sin que tuviera los inconvenientes hipnóticos y de adicción de los barbitúricos. En gran parte estos objetivos se han logrado con los tranquilizantes de este grupo.

Clasificación.

Derivados del alcohol propílico

- a)- Meprobamato
- b)- Fenoglicodal
- c)- Emilcamato

Derivados de la benzodiazepina

- a)- Clordiazepóxido
- b)- Diazepam

Sustancias químicas

- a)- Azaciólona
- b)- Benactizina
- c)- Clormezanona
- d)- Hidroxifenamato
- e)- Mebenoxalona
- f)- Oxanamida
- g)- Mefenoxalona

Meprobamato.- Produce leve sedación, reduce la agresividad y la hostilidad, tiene efecto tranquilizante suave, reduce el espasmo muscular. Puede producir temblores, náuseas, depresión, alergias dérmicas, trombocitopenia y en ocasiones causa hábito.

Fenaglicodal y emilcamato.- Tienen mucho parecido a la acción del meprobamato.

Derivados de la benzodiazepinas.- Se parece en acción al meprobamato, tiene acción relajante muscular y su acción tranquilizante es leve.

Diazepam.- A dosis altas y prolongadas producen ataxia, somnolencia, vértigo, dermatitis y depresión intelectual.

La sulprida tiene acción antipsicótica, ansiolítica y anti-depresiva por lo que a dosis altas se puede utilizar en esquizofrenia aguda y crónica y en psicosis delirante. A dosis bajas en neurosis depresivas, de ansiedad, histérica y obsesivo-compulsiva. Tiene la utilización general de los tranquilizantes menores a bajas dosis ya que no altera ni la vigilia ni la personalidad.

C) ANTIBIOTICOS.

En este grupo se integran todos los medicamentos útiles en el tratamiento de entidades nosológicas producidas por bacterias, rickettsias, espiroquetas, virus y hongos, cuyo mecanismo de acción es la interferencia en alguna fase de su metabolismo.

Clasificación.

1.- Penicilinas

1.- Benzylpenicilina

Cristalina

Sódica

Potásica

Procaína

Benzatínica

Los de este grupo se administran en adultos con meningitis piógenas, gangrenas gaseosas, tétanos, osteomielitis, celulitis -- y endocarditis bacteriana. Este antibiotico puede ser de elección en la mayor parte de las infecciones. Su efectividad, poca toxicidad y bajo costo, lo hacen de gran utilidad.

2.- Penicilinas semisintéticas.

Fenoximetil penicilina

Feneticilina.

Propicilina

Sus propiedades farmacológicas son en todo parecidas a la de la penicilina cristalina. Hay pequeñas variaciones respecto a su

actividad contra determinados gérmenes. Deben ser empleados sobre todo en niños, en los casos que no revistan particular gravedad.-- Son poco eficaces contra estafilococos productores de penicilina--sa.

3.- Penicilinas antiestafilocóccicas

Meticilina

Oxacilina

Cloxacilina

Dicloxacilina

Flucloxacilina

Son antibióticos de gran utilidad contra el estafilococo -- resistente. Con excepción de la metilina, se pueden administrar por via oral al resistir su molécula la acción de los ácidos gástricos.

4.- Penicilinas de amplio espectro

Ampicilina

Carbenicilina

Hetaciclina

Esta penicilina constituye un arma excelente contra gérmenes gramnegativos.

Indicaciones de todas las penicilinas.- Se recomiendan como antibioticos de elección en infecciones causadas por: streptococcus, pneumococcus, neisserias, clostridium tetani, clostridia de la gran grena, espiroquetas, actinomyces, se emplea penicilina cristalina. Para staphilococcus se emplea penicilina antiestafilocóccicas. - -

Para haemophyllus, salmonella, shigella, escherichia coli se emplea ampicilina. Para pseudomonas se emplea carbencilina.

11.- Cefalosporinas

Cefaloridina

Cefalotin

Cefaloglicina

Cefalexina

Tienen mucha afinidad con las penicilinas, son distribuidas con regularidad en la mayor parte de los tejidos y se eliminan por los riñones, actúan como bactericias, deben considerarse como el - antibiótico de amplio espectro de mayor utilidad, su toxicidad es menor que la de la penicilina.

111.- Antibioticos de espectro intermedio

1.- Macrólidos

Eritromicinas

Spiramycin

Leucomicina

Oleandomicina

Osteogricina

Stafilomicina

2.- Varios

Lincomicina

Novobiocina

Rifamicina

Ristocetina

Vancomicina

Macrólidos.- Actúan como bacteriostáticos, pudiendo ser bactericidas en dosis elevadas, son bien tolerados por los pacientes. Como efectos colaterales se menciona: irritación de vías digestivas, que carecen de importancia la mayor parte de los casos. Su principal indicación se dirige a substituir la penicilina cristalina cuando hay alergia a ella.

Lincomicina.- Es efectivo contra la mayoría de los gérmenes grampositivos, dependiendo de la sensibilidad del organismo, puede ser bactericida o bacteriostático, además ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de infecciones estafilocócicas resistentes a otros antibióticos.

Novobiocina.- Es efectivo contra cocos gram-positivos, puede ser un buen sustituto de la penicilina cristalina cuando hay alergia a ella. Es una droga activa contra estafilococo y puede usarse en alternancias con otros antimicrobianos de este grupo para evitar resistencias.

Rifamicinas.- Es efectiva contra cocos gram-positivos y bacilo tuberculoso, se utiliza para substituir a la penicilina cristalina sobre todo en presencia de estafilococo.

Ristocetina y vancomicina.- Su empleo se haya en desuso.

IV Antibióticos derivados de azúcares.

- 1.- Estreptomycinas
- 2.- Kanamicina
- 3.- Neomicina
- 4.- Framicetina

5.- Paramomicina

6.- Aminosidina

7.- Gentamicina

Son bacteriostáticos y bactericidas, su acción se dirige hacia algunos bacilos gram-negativos, bacilo tuberculoso y menos sobre cocos gram-positivos. La toxicidad se puede mencionar en forma común: con diferente intensidad pueden producir lesiones en octavo par y en riñón.

V.- Antibióticos de amplio espectro

Cloramifenicol

Tetraciclinas

Son denominados así por ampliar su campo de acción sobre rickettsias, espiroquetas y algunos de molécula compleja, su empleo inadecuado puede dar a selección de cepas indeseables.

VI.- Antibióticos antimicótico

Nystatina

Anfotericina B.

Griseofulvina

Nystatina.- Su uso se restringe a los padecimientos producidos por *Candida albicans* contra la cual es un arma excelente en los sitios accesibles: vías digestivas, piel y mucosas.

Anfotericina B.- Inhibe el crecimiento de gran número de hongos productores de micosis sistémicas.

Griseofulvina.- Es útil en el manejo de micosis superficial en especial dermatomycosis. Tiene la ventaja de incorporarse a la queratina que se está formando y extiende así su acción a pelo y -

ufias.

VII.- Quimioterápicos

- 1.- Sulfonamidas
- 2.- Acido nalidíxico
- 3.- Nitrofuranos
- 4.- 5 - Nitrohidroxiquinoleínas

Sulfonamidas.- Fueron de las primeras drogas utilizadas contra los agentes infecciosos. Son acetiladas en el hígado y se excretan por el riñón, donde su solubilidad depende del pH de la orina. Cristalizan en medios acidos y por lo tanto se aconseja acompañarla de alcalinizadores de orina como bicarbonato de sodio y de abundantes líquidos.

Acido nalidíxico.- Su concentración en vejiga lo hace el quimioterápico de elección en infecciones de vias urinarias producidas por enterobacteráceas, especialmente proteus y coli, cubre también shigellas y su toxicidad se reduce a hipersensibilidad y molestias gastrointestinales.

Nitrofuranos.- Es muy útil contra cocos gram-positivos y bacilos gram-negativos que produzcan infecciones en vias urinarias.

Nitrohidroxiquinoleína.- Nuevo quimioterápico no relacionado con los anteriores que se administra por via oral, se concentra en riñon y se utiliza en infecciones urinarias, se le conoce poca toxicidad.

VIII.- CONCLUSIONES.

El Cirujano Dentista no necesariamente debe ser un Psicólogo consumado pero si debe tener los suficientes conocimientos de la materia para poder comprender al paciente y de acuerdo con esto darle un trato adecuado y desde luego un mejor servicio dental.

Toda persona tiene necesidad de ser bien tratada. Si nos -- detenemos a pensar por un momento, sobre la importancia que representa para los pacientes recibir con agrado un servicio sea cual sea su nivel social; ser tratado con respeto y consideración, estaremos en condiciones de disminuir sus temores, angustias y prejuicios, que con seguridad contribuirá a su salud mental.

En la práctica diaria puede comprobarse que la mayoría de los pacientes aceptan visitar al médico general con la mayor naturalidad y sin que su psique sufra con ello, pero en cambio tratándose de una visita al consultorio dental todo el organismo se somete a una tensión nerviosa mayor, por lo tanto, el Cirujano Dentista más que otro médico está en la obligación de tener conocimientos de Psicología ya que él se enfrenta con mayor frecuencia al -- paciente temeroso y doliente.

Por lo tanto es de suma importancia que el Cirujano Dentista conozca más acerca de la estructura de la personalidad de sus -- enfermos de la misma manera en que conoce las estructuras orales.

BIBLIOGRAFIA

Principios de Percépción de

S. Howard Bartley

Psicología de

James O. Whittaker

Arte y Percepción Visual de

Rudolf Arnheim

Indice Odontológico de Prescripción 1973-1974

Historia de la Odontología y su Ejercicio Legal

Dr. Salvador Lerman.

Psicología Médica

Dr. Ramón de la Fuente Mufiz

Aspectos Técnicos y Administrativos de un Consultorio Dental (tesis)

Julio Armando Castolo Dominguez

Odontología Pediátrica

Dr. Sidney B. Finn.