



441

2eg

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

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

JOSEFINA RUIZ RIVERA
BLANCA LILIA CAMPOS BEDOLLA

MEXICO, D. F.,

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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

	<u>PAG.</u>
INTRODUCCION	1
1.0 GENERALIDADES	3
1.1 Definición de Odontopediatría	4
1.2 Finalidades de la Odontopediatría	5
1.2.1 Buscar el bienestar físico, mental y emocional del paciente	
1.2.2 Prevenir las enfermedades dentales	
1.3 Medidas Preventivas en el Consultorio	6
1.3.1 La higiene bucal	
1.3.2 La dieta alimenticia	
1.3.3 La profilaxia con fluoruro	
1.4 Instrumentos Auxiliares para el Diagnóstico y la Planeación en el Tratamiento Infantil	11
1.4.1 La historia clínica	
1.4.2 Exploración física	
1.5 Consultorio Dental Infantil	32
2.0 DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO	38
2.1 Patrones de Conducta Normales a Diferentes Edades	42
2.1.1 Recién nacido	
2.1.2 Siete meses	
2.1.3 Diez meses	
2.1.4 Un año	
2.1.5 Un año tres meses	
2.1.6 Dos años	
2.1.7 Tres años	
2.1.8 Cuatro años	

2.1.9	Cinco años	
2.1.10	Seis años	
2.1.11	Siete años	
2.1.12	Ocho años	
2.1.13	Nueve años	
2.1.14	Diez años	
2.1.15	Los años preadolescentes	
2.2	Factores Externos que Influyen en su Conducta dentro del Consultorio Dental	58
2.3	Problemas Emocionales que Influyen en su Conducta	60
2.3.1	Experiencias médicas y hospitalarias anteriores	
2.3.2	Actitudes de los familiares y de los compañeros - de juego	
3.0	INFLUENCIA PARENTAL	67
3.1	Diferentes Tipos de Educación Errónea en los Niños	70
3.1.1	Educación sin amor	
3.1.2	Educación mimosa y sobreprotectora	
3.1.3	Educación excesivamente dominante	
3.1.4	Educación excesivamente indulgente	
3.1.5	Educación alternante	
3.2	Trastornos de Comportamiento Característicos de la Epoca actual	74
3.2.1	Tímidez	
3.2.2	Angustia	
3.3	Trastornos Psíquicos	76
3.3.1	Enuresis	
3.3.2	Onicofagia	
3.3.3	Dificultad en el lenguaje	

3.3.4	Mentiras	
3.3.5	Robo	
3.3.6	Tics	
3.4	Mensaje a los Padres sobre la Educación de sus Hijos	83
3.5	Orientación a los Padres sobre Educación Dental	88
4.0	MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL	97
4.1	Actitud y Capacidad del Dentista ante el Niño	98
4.1.1	Personalidad del dentista	
4.1.2	Conversación	
4.1.3	Conocimiento del paciente infantil	
4.1.4	Atención al paciente	
4.1.5	Habilidad y rapidez	
4.1.6	Uso de palabras que no inspiren miedo	
4.1.7	Uso de halagos y recompensas	
4.1.8	Efectos de soborno	
4.1.9	Ordenes y sugerencias	
4.1.10	El dentista y lo razonable	
4.1.11	El dentista y la gracia	
4.2	Diferentes Reacciones del Niño a la Experiencia Odontológica	117
4.2.1	El miedo	
4.2.2	La ansiedad	
4.2.3	La resistencia	
4.2.4	La timidez	
4.3	Aspectos a considerar en la Orientación de la Conducta del Niño dentro del Consultorio Dental	121

	<u>PAG.</u>
5.0 MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN ODONTOPEDIATRIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD	125
5.1 Generalidades	125
5.2 Analgésicos	132
5.2.1 Analgésicos narcóticos	
5.2.2 Analgésicos no narcóticos	
5.3 Anestésicos	143
5.3.1 Anestésico local	
5.4 Sedación a Pacientes Infantiles	151
5.4.1 Psicofármacos	
5.4.1.1 Hipnosedantes	
5.4.1.2 Tranquilizantes	

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

En el presente trabajo se pretende ampliar los conocimientos sobre las características psicológicas del niño, que se nos impartieron en la materia de Odontopediatría como un intento que contribuya a auxiliar al odontólogo en el mejor manejo y control del niño dentro del consultorio dental, además de completar la visión general que se tuvo de él. Se presentan también sugerencias de comportamiento que el odontólogo puede adoptar, además de la aplicación de diferentes fármacos como instrumentos auxiliares para el éxito en el tratamiento del pequeño y la satisfacción del profesional.

Esto es destacable si se toma en cuenta que cada niño es un ser especial y sobre todo un organismo en período dinámico de formación que necesita ser tratado de una manera muy particular y por lo tanto, el odontólogo se ve en la gran responsabilidad de estar constantemente actualizado en todo lo que se refiere a las técnicas -- que surjan en su labor y que lo preparen para dar óptimos resultados.

1.0 GENERALIDADES DE LA ODONTOPEDIATRIA

1.0 GENERALIDADES DE LA ODONTOPEDIATRIA

En épocas pasadas, la Odontopediatría tuvo menos valor académico y profesional, presentándose únicamente como complemento de la -- Odontología Operatoria, en donde se le dió mayor importancia a las reestructuraciones y exodoncias de dientes temporales; sin embargo conforme a los problemas dentales infantiles que se presentaron como son las maloclusiones, las caries constantes y los accidentes infantiles frecuentes, surgieron las investigaciones donde conforme al estudio más profundo sobre estos problemas, se concluyó que la Dentición Temporal en base de una buena función masticatoria y donde no sólo se fundamentó la salud bucal del niño en la ausencia de caries dental, sino que se dió importancia también a su evolución y desarrollo, así como al conocimiento de los factores etiológicos que conducen a las malas oclusiones y a las condiciones patológicas de los tejidos blandos de la boca.

Todos estos estudios han servido como orientación para obtener -- una buena higiene oral; previniendo enfermedades y a su vez evitando las secuelas que puedan dejar estas últimas.

1.1 Definición de Odontopediatría

En la actualidad la Odontología Moderna intenta crear una necesidad en la población de que conozcan las mejoras que sobre salud dental se han obtenido.

Es importante considerar la parte que juega la Odontopediatría en el logro de estas metas. Es por este motivo que la nueva enseñanza académica de la Odontopediatría toma en cuenta los factores socioeconómicos y académicos, así como la relación tan estrecha que existirá entre la Odontopediatría y la Odontología Preventiva, Social y Ortodóntica.

Es desde el inicio del estudio profesional donde se familiariza - el Odontólogo a concientizarse en los problemas de la comunidad, así como el de que conozca los recursos existentes para la solución de estos problemas aplicando los conocimientos técnico-científicos.

Así es como la Odontopediatría progresa y surge como rama de la Odontología que se especializa en el control, atención y cuidado dental del niño; estudiándole tanto en su desarrollo físico como

psicológico.

1.2 Finalidades de la Odontopediatria

Las finalidades perseguidas en esta área odontológica son:

1.2.1 Buscar el bienestar físico, mental y emocional del paciente; esto es, que conociendo no sólo su desarrollo bucal si no el de su cuerpo en general, se podrá detectar en determinado momento alguna anormalidad en él y así ayudarlo activamente a mantener su salud en general.

1.2.2 Prevenir las enfermedades dentales, lo cual se hará a través de programas preventivos o correctivos debiendo ser -- educativos y clínicos.

La prevención odontológica en general, consiste en reforzar la importancia de preservar los dientes, los tejidos periodontales y limitar la posibilidad de una maloclusión permanente.

El programa de prevención más acertado es el clínico, porque efec

túa un tratamiento continuo con exámenes rutinarios y cuidados en intervalos periódicos.

1.3 Medidas preventivas en consultorio

Las medidas preventivas que se han de dar en estos programas son:

1.3.1 La higiene bucal.- Inculcar al niño el hábito de limpieza dental por medio del cepillado de los dientes, con la técnica adecuada a seguir, así como también se lleva a cabo la corrección de hábitos nocivos como son:

La succión de dedos o labios, mordedura de lengua, respiración bucal y la onicofagia; mediante la comunicación interpersonal o por medios mecánicos, tales como las trampas bucales.

1.3.2 La dieta alimenticia.- Dar a conocer al paciente la importancia que tienen los carbohidratos en la aparición de caries dental y buscar la forma de limitar y a la vez balancear el consumo de éstos.

1.3.3 La profilaxia con fluoruro.- No sólo se hará educativo --



Inculcar al niño el hábito de limpieza dental,
mediante la técnica adecuada.

dando a conocer la importancia de la fluorización en el agua que se ingiere, sino que clínicamente se efectuará la aplicación de flúor si es necesario.

En el consultorio, estos programas preventivos o correctivos pueden resumirse en los siguientes puntos:

- a) Evaluar la condición física y mental del niño.
- b) Establecer las relaciones del odontólogo con el niño, creándole un sentido de cooperación y responsabilidad.
- c) Impartir una instrucción adecuada a los padres para obtener su colaboración.
- d) Inculcar al niño hábitos de higiene que mantenga su boca en buenas condiciones.
- e) Aplicar las medidas o procedimientos operatorios más convenientes para prevenir la aparición de caries o detener su avance, así como cuidar la preservación de los dientes temporales y permanentes jóvenes.
- f) Aplicar métodos variables para la extracción de los dientes que se encuentren en mal estado o para la eliminación de procesos infecciosos.
- g) Buscar la integridad de los tejidos suaves de la cavidad oral.



Impartir una instrucción adecuada a los pa-
dres, para obtener su colaboración en el tra-
tamiento dental.

- h) Prevenir, corregir o eliminar cualquier factor o hábito que pueda ocasionar una mala oclusión.
- i) Restaurar adecuadamente la función masticatoria del niño -- cuando se hayan perdido sus dientes en mayor o menor grado.

En la Odontopediatría se le da primordial importancia a la prevención, en ella se incluye todo lo que realice el odontólogo respecto a la adquisición de hábitos por parte del paciente relativos a la atención y cuidado dental como rutina personal y no dejarlo -- únicamente como responsabilidad del dentista.

Generalmente esta prevención ha de iniciarse en los primeros años de vida pues es desde esa edad donde van erupcionando las estructuras dentales (existiendo con esto la posibilidad de aparición de caries dental).

En la prevención se podrá realizar un diagnóstico precoz que pueda detectar alguna enfermedad y así efectuar el tratamiento adecuado y si es posible erradicarla.

No obstante la importancia que se da a la prevención, así también puede dársele a la corrección dental cuando encontramos la presen

cia de enfermedades que disminuyen la salud del paciente. Sin embargo, ésta se ve más limitada debido a que no se tiene gran ayuda financiera de organismos públicos y es de mayor requerimiento económico para la adquisición de equipos especializados y además que al ser inadecuado el cuidado dental del niño, generalmente se realizan en las comunidades tratamientos de emergencia, tales como: extracción de dientes dolorosos, infectados, etc.

1.4 Instrumentos auxiliares para el diagnóstico y la planeación en el tratamiento infantil

Para lograr un mejor tratamiento dental en los niños, es necesario efectuar un análisis detallado que permita detectar la causa del problema clínico y poder emitir el diagnóstico correcto, así como planear el tratamiento más adecuado a la problemática que presente. Para ello, el odontólogo hará uso de los instrumentos auxiliares como son:

- 1.4.1 La historia clínica.- Es un registro cronológico de información significativa que permite conocer todos aquellos factores que han incluido en el desarrollo físico, mental y social del niño y que explica su estado actual.

La estructura general e indispensable de la historia clínica la -
constituyen las secciones siguientes:

1. Datos Generales.
2. Antecedentes heredofamiliares.
3. Antecedentes personales (historia de la persona, historia social, hábitos).

En los datos generales se encontrarán los detalles personales y -
la condición actual, que darán una visión del nivel socio-económi-
co-cultural de la familia y un panorama de la afección.

- En la primera sección correspondiente a los detalles personales, estarán localizados el nombre del paciente, sexo, edad, fecha -
de nacimiento, nacionalidad, domicilio, grado escolar. En esta
sección entrará también el nombre y ocupación del padre o acom-
pañante, así como el nombre y teléfono del médico familiar; es-
te último con el fin de consultársele en caso de una urgencia -
futura o para obtener información médica adicional.

- La condición actual viene a ser el motivo de la consulta, aquí
se hace una breve descripción de la enfermedad y su duración da

da por el mismo paciente o por alguno de sus padres o acompañantes. La importancia de la descripción es la de atender las necesidades del paciente para establecer un tratamiento satisfactorio y una relación grata.

Se considera apropiado anotar el sobrenombre afectivo que pudiera tener el niño dentro de la familia para que al llamársele -- con éste, se sienta con más confianza y se pueda hacer más amistosa la relación.

- La segunda sección de la historia clínica se iniciará con los antecedentes heredofamiliares que nos indicarán de alguna forma la predisposición a padecer determinada enfermedad y que pudiera modificar el plan de tratamiento a seguir.
- La tercera sección que corresponde a los antecedentes personales, servirá para centrar más el conocimiento sobre la salud -- del niño, incluyendo los antecedentes patológicos y no patológicos. En los patológicos se hallarán las enfermedades padecidas, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, traumas previos, mutaciones, antecedentes transfusionales y corticoesteroides, y en los antecedentes no patológicos se ubicarán los hábitos exte

riores (higiene, vestido, escolaridad, etc.). Dentro del interrogatorio se incluirán algunas preguntas que informarán el tipo de vida económica y emocional del infante. Muchos de estos últimos datos que se necesitarán sólo se conseguirán después de varias visitas, cuando la confianza y amistad entre el odontólogo, paciente y padres se haya logrado.

La duración y enfoque de la historia clínica dependerá de las circunstancias que ha de presentar cada caso, es decir, que no se llevará el mismo tiempo en una emergencia que en un caso de rutina.

Una forma ideal de llevar a cabo la historia clínica es mediante un cuestionario que ha de ser llenado en la sala de espera durante la primera visita, lo cual permitirá un ahorro de tiempo que el Dentista podrá utilizar para darles las instrucciones necesarias que sobre prevención se darán los padres mostrando con esto el interés por el niño que se está tratando.

En la siguiente página se muestra el formato general de la historia clínica que se ha comentado.

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES:

Nombre: Sobrenombre afectivo:
 Sexo: Edad: Fecha de nacimiento:
 Domicilio:
 Nacionalidad:
 Grado Escolar:
 Nombre de los Padres o Acompañante:
 Ocupación:
 Nombre y teléfono del médico familiar:
 Motivo de la consulta:

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Enfermedades padecidas:

Hospitalizaciones:

Intervenciones quirúrgicas:

Traumas previos:

Antecedentes transfuncionales y corticoesteroides:

Mutaciones:

Alergia a algún medicamento, alimento, ropa, etc.

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS:

Hábitos de higiene:

Nivel económico:

EXPLORACION FISICA:

DIAGNOSTICO:

EPICRISIS:

PLAN DE TRATAMIENTO:

1.4.2 Exploración Física.- Es un procedimiento sistemático, que se utiliza para obtener mayor información y que evita omitir alguna enfermedad no detectada en la historia clínica.

Algunos autores afirman que la mejor técnica de exploración es mediante la inspección que se inicia desde que el niño entra al consultorio hasta que se va.

El examen no deberá restringir a las partes del cuerpo que posiblemente no pudieran verse comprometidas, sino que toda la revisión será importante y sólo en los casos de emergencia se podrá alterar este orden y dar mayor énfasis al lugar de la lesión que ja, y buscar las ayudas que sean necesarias para llegar a un diagnóstico inmediato y posteriormente después de que se alivió la afección, efectuar el examen completo.

Durante la inspección general que se haga del niño deberá observarse su actitud, lo mismo que su limpieza y aspecto general.

Para realizar la exploración física del niño, se sugiere a manera de guía el diseño presentado por el Dr. Sidney B. Finn, como a continuación se indica:

a) Perspectiva general del paciente.

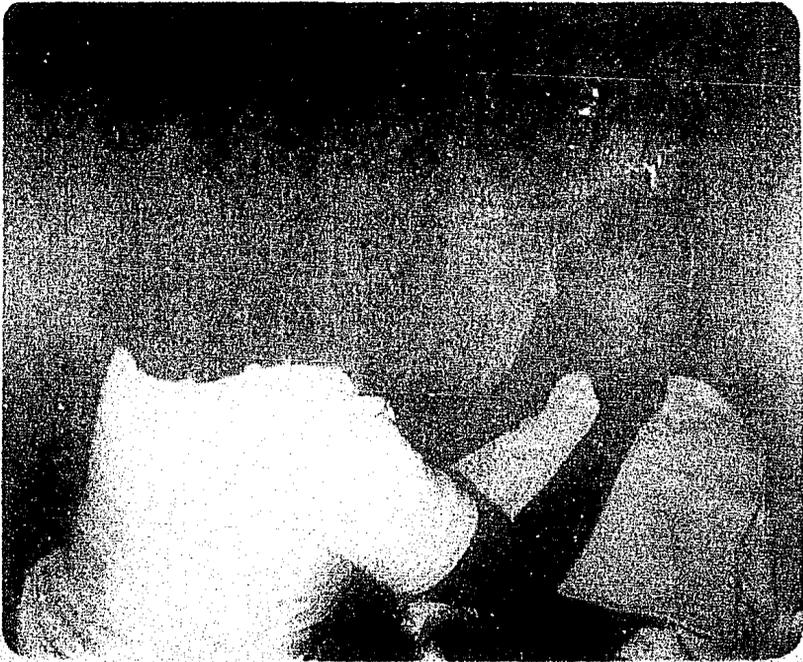
- Estatura
- Porte
- Lenguaje
- Manos
- Temperatura

b) Examen de la cabeza y del cuello.

- Tamaño y forma de la cabeza
- Piel y pelo
- Inflamación facial y asimetría
- Articulación temporomandibular
- Oídos
- Ojos
- Nariz
- Cuello

c) Examen de la cavidad bucal

- Aliento
- Labios, mucosa labial y bucal
- Saliva
- Tejido gingival y espacio sublingual
- Paladar
- Faringe
- Dientes



La exploración física deberá ser sistemática, para evitar omitir alguna enfermedad no detectada en la historia clínica.

d) Fonación, deglución y musculatura peribucal.

- Posición de la lengua durante la fonación
- Balbuceos y ceceos anteriores o laterales
- Forma de la lengua en posición de descanso
- Posición de los labios en descanso

La perspectiva general del paciente.- Se hará cuando el niño entre a la sala de operaciones, observando si presenta un aspecto sano o enfermo, estatura, marcha, postura, lenguaje, facies.

- La estatura del niño podrá compararse a la de otro, consultando esquemas o tablas de crecimiento que podrán clasificarse en tres categorías según los porcentajes aproximados que son: estatura normal, demasiado alto o demasiado bajo para su edad.

Se tomará en cuenta la influencia que ejerce la nutrición, la herencia, el medio, enfermedad, anomalías del crecimiento y secreciones endocrinas.

- A su vez se puede apreciar el porte de la marcha del niño que pudiera presentarse anormal a causa de un debilitamiento como consecuencia de una enfermedad.

Algunos tipos anormales de andar que se podrán presentar es el inseguro hemipléjico, tambaleante, de balanceo y atóxico. Aquí se hará una valoración cuidadosa interrogando a la madre sobre cualquier cambio reciente que haya observado en el andar del niño.

- El lenguaje se valorará de acuerdo a la conversación que pueda entablar el odontólogo con el niño, tomando como criterio la gran valoración de etapas que se aceptan como normales en el desarrollo.

Los trastornos que se llegan a presentar en el lenguaje son: - 1) afasia, 2) lenguaje retardado, 3) tartamudeo y 4) trastornos articulatorios del lenguaje.

La etiología de estos trastornos se deberá a daños causados al sistema nervioso central; pérdida de la audición; retraso intelectual; retraso del desarrollo en general; enfermedades graves prolongadas; defectos sensoriales; falta de motivación y estimulación inadecuada del medio, lesiones neurológicas, tensión psicológica, parálisis cerebral, paladar hendido o maloclusión.

- Las manos constituyen una área del cuerpo donde se detectarán: temperatura, humedad, resequedad, etc. A su vez se observará forma y tamaño de los dedos, así como variedad de lesiones de la piel, tales como máculas, pápulas, vesículas, úlceras, costras y escamas. Los factores causales de estos trastornos serán las enfermedades exantematosas; deficiencias vitamínicas, hormonales y del desarrollo.
- La temperatura indicará si hay algún caso febril, el cual no significa que exista alguna patología; generalmente en los niños existe una gama de temperaturas consideradas como normales.

Podrá existir una elevación temporal de temperatura después de comer, de hacer ejercicio o cuando el medio no lleva al enfriamiento corporal.

El examen de la cabeza y cuello.- Será el segundo enfoque de la exploración física.

En la cabeza se observará tamaño, forma, asimetría de la cara, piel, articulación temporomandibular, oídos, ojos, nariz y cuello.

- El tamaño de la cabeza puede ser normal o presentar macrocefalea o microcefalea causadas por trastornos en el desarrollo y de crecimiento como también por traumas que afecten el Sistema Nervioso y por el cierre prematuro de las fontanelas.
- La asimetría puede ser fisiológica o patológica. Los dos lados de una cara normal nunca son iguales. Está demostrado que los hábitos del lactante al dormir afectan la forma de la cara en forma permanente.

La asimetría facial patológica es causada por presiones intrauterinas anormales; parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiares.

- La inflamación facial que llega a presentarse se debe a infecciones de origen bacteriano o viral y a traumatismos. Todo agrandamiento unilateral de la cara que no produce dolor y que crece lentamente sin ningún agente evidente que lo cause, merece especial atención, puesto que la neoplasia presenta un patrón como éste.
- En la piel de la cara al igual que la de las manos se podrán ob

servar signos que revelarán mucho acerca de la salud del niño.

Aquí podremos apreciar textura, erupciones, vasos sanguíneos visibles, color, humedad, manchas mongoloides, elasticidad, etc.

- En la revisión de la articulación temporomandibular se discernirán las limitaciones de movimiento de ésta y se descubrirá alguna discrepancia (subluxación, dislocación, trismus, espasmos de músculos masticatorios), en la unión mandibular y también los -desequilibrios musculares y de variaciones anatómicas desde la línea media. La articulación temporomandibular deberá palparse suavemente y detectar inflamación o enrojecimiento determinando el grado de dureza y extensión.
- En la revisión de oídos, el odontólogo tendrá cuidado de observar que por el meato auditivo no exista secreción alguna y que a la palpación del oído externo y de la apófisis mastoide revele ausencia de inflamación y dolor para desechar la posibilidad de que la afección sea en el oído.
- Al observar los ojos no es extraño encontrar alguna alteración de éstos, asociada con afecciones dentales. Aquí se incluirá -

la acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchazón o irritación alrededor del ojo, costras o lesiones de párpados lagrimeo anormal, ausencia o presencia de conjuntivitis.

- A causa de la gran proximidad de la nariz, a la cavidad bucal, es muy factible que en inflamaciones del maxilar se podrá alterar la forma, tamaño y color de la nariz. En algunos casos de quistes y tumores desde dentro de la cavidad bucal y en particular del maxilar superior, podrán hacer obstrucción a los conductos nasales.
- El examen del cuello se hace por medio de la observación y la palpación, en él se observará si existe alguna configuración anormal. La piel del cuello está sujeta a todas las lesiones epidérmicas primarias y secundarias, y también a las cicatrices de reparación quirúrgicas.

Los ganglios linfáticos que avenan la zona deberán de ser palpados los submentonanos, submandibulares y cervicales superficiales. Frecuentemente es evidente en el paciente infantil, observar agrandamiento de ganglios linfáticos, submaxilares, y es



En el examen de la cavidad bucal, el dentista se concentrará primeramente en los tejidos blandos, faringe y por último observará los dientes.

to puede asociarse con amígdalas inflamadas, infectadas y con infección respiratoria crónica.

Los ganglios palpables también pueden deberse a drenaje de infección bucal o neoplasias.

Examen de la cavidad bucal.- La cavidad bucal será la última parte de la exploración realizada por visión directa y utilizando los dedos para separar carrillos y labios.

La atención del odontólogo se concentrará primeramente en los tejidos blandos de la boca y de la faringe y por último observará los dientes.

- El aliento de un niño sano es generalmente agradable e incluso dulce "Mal aliento o Alitosis" son ocasionados por factores locales y generales.

Los factores locales incluirán: higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca o alimentos volátiles de fuerte olor.

Los factores generales podrán incluir deshidratación, sinusitis, hipertrofia e infección del tejido adenoide, crecimientos malignos, fiebre, tifoidea y otras infecciones entéricas y trastornos gastrointestinales. Frecuentemente el niño que sufre de elevaciones de temperatura tendrá un aliento fétido. La acidosis producirá olor de acetona en el aliento.

- Los labios son la entrada a la cavidad bucal, aquí se ha de observar la forma, color y textura de la superficie y después se palparán con los dedos índice y pulgar las lesiones que podrían encontrarse en ellos como: úlceras, vesículas, fisuras y costuras, así como cicatrices y anomalías en el desarrollo o traumas pasados.

La mucosa de los vestíbulos y la salida de los conductos stenosen, son los puntos de referencia anatómicos que se pueden observar fácilmente en la cavidad bucal. Normalmente la mucosa labial y bucal son de color rosado. Sin embargo, la melanina puede causar una pigmentación fisiológica normal de color pardo. La enfermedad de Addison y la poliposis intestinal pueden causar una pigmentación patológica pardusca o negro azulado en este tejido.

Las vesículas y úlceras que generalmente se han de encontrar en la mucosa labial o bucal de los niños son debidas a herpes simples. Estos podrán ser relativamente benignas con pequeñas úlceras dolorosas o podrán ser más generalizadas extendiéndose al tejido gingival y paladar y producirá tejido gingival demasiado sensitivo doloroso y múltiples úlceras poco profundas.

El dorso de la lengua, las fauces y amígdalas se podrán observar pidiéndole al niño que saque la lengua en un esfuerzo por tocar la punta del mentón.

En la lengua se observará tamaño, color y forma. La superficie de la lengua es relativamente suave y deslizante.

Algunas de las alteraciones que se han de encontrar en ella son: agrandamiento de las papilas, con cambio de color, sensibilidad, enrojecimiento, engrandecimiento, sequedad, aspecto blanco, grisaseo o pardusco; todo esto causado por avitaminosis, cretinismo o mongolismo; estado febril o a etapas tempranas de enfermedades exantematosas y deshidratación.

- En cuanto a las amígdalas, éstas se podrán haber hipertrofiado

por lo general durante la niñez, disminuyendo gradualmente de tamaño hacia la adolescencia. La presencia de hendiduras profundas, pus, inflamación o úlceras, son indicadores de la presencia de una infección, por lo que se deberá remitir al paciente con el médico familiar.

- En la observación del tejido gingival y las uniones gingivales_ deberán tomarse en cuenta el color, tamaño, forma, consistencia y la fragilidad capilar de la encía, así como también la situación del frenillo labial. La combinación de una higiene bucal inadecuada, desnutrición, ingestión de drogas, trastornos del desarrollo, abscesos y traumatismos, son factores que alteran el estado normal de este tejido.
- La saliva es otro elemento de la cavidad bucal que se encontrará delgada, normal o demasiado viscosa.

Una secreción excesiva o purulenta indicará trastornos de las glándulas salivales.

- En la revisión del paladar se observará el color y forma. La consistencia de las deformidades o inflamaciones deberá ser in-

vestigada con cuidado por medio de palpación.

- Por último se pasará a la observación básica de los dientes. Esto incluye el número de dientes, el color, tamaño, oclusión y malformaciones.

A causa de trastornos del desarrollo se podrá encontrar anodoncia parcial o la oligodoncia. En dientes permanentes se llega a presentar ausencia del segundo premolar mandibular y los incisivos laterales superiores. También podrá observarse dientes supernumerarios (Mesiodens) en la mayoría de los casos, en la línea media del maxilar superior, pero pueden presentarse en cualquier otro sitio del reborde alveolar.

En algunos casos se presentarán dentaduras precoces o atrasadas según los patrones normales de erupción.

En el tamaño de las piezas pocas veces se presenta macrodoncia y microdoncia. Sin embargo es frecuente encontrar dientes separados o muy pequeños. Aquí se ha de cuidar el papel que juega la herencia.

Al encontrarse con tinciones anormales de los dientes éstas serán causadas por factores extrínsecos e intrínsecos.

Los extrínsecos serán las bacterias cromogénicas que se han de implantar en depósitos de materia alba y cálculo, causando diferentes colores en los dientes de los niños.

Los factores intrínsecos que afectan al color de la dentina y esmalte son probablemente la discrasia sanguínea, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, resorción interna e ingestión de drogas tales como la serie de tetraciclina.

Las malformaciones dentarias serán causadas por lesiones físicas e hipoplasia del esmalte, adicionalmente las piezas podrán estar dilaceradas, empequeñecidas, germinadas, fusionadas en forma de clavo causadas por trastornos hereditarios, sistemáticos o del desarrollo. A estas anomalías se les han dado términos especiales como: incisivo de Hutchinson, dens y dente; coronaria bífida; hipoplasia de Turner y molar en forma de fram-buesa.

Existen varias técnicas para detectar lesiones bucales; por --

ejemplo se emplea el uso de espejo y explorador así como también la toma de radiografías.

La mayoría de las regiones dentales podrán revisarse mejor si antes del examen son limpiados los dientes y si éstos permanecen secos durante la revisión.

1.5 Consultorio dental infantil

Al buscar lugar para un consultorio del tipo de práctica que se desee establecer, hay que tomar en cuenta muchos factores, tales como: nivel económico y social del área; facilidades de estacionar coches y los transportes públicos, así como acceso fácil a -- las escuelas y áreas residenciales.

Cuando ya se ha seleccionado la ubicación, deberá considerarse el tipo de decoración del consultorio. Si se va a dedicar enteramente a los niños, y como es probable que el niño entre al consultorio con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzar el odontólogo será infundir confianza al niño y hacer que se de cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia. El consultorio completo, desde la sala de recepción hasta las salas de tratamiento,



En el Consultorio Dental es de gran ayuda tener un espejo, frente al cual puedan practicar los niños su técnica de cepillado.

pueden tener un tema definido.

Decoraciones y accesorios que describen situaciones como el circo, el oeste, el espacio o canciones de cuna, dan un toque cálido y - de fantasía al consultorio, y tienden a desvanecer el miedo. Una pecera es siempre una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de recepción o en la de tratamiento, en un lugar que el niño pueda verla. Una música apenas audible y relajante - en la sala de recepción tiene efectos reconfortantes en los padres y el niño, y hace desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa.

Si los adultos van a llevar a los niños al consultorio dental, deberá de haber lecturas para adultos, además de las infantiles. Libros de cocina proporcionan lecturas muy interesantes a las madres, puede colocarse junto al libro una libreta y un lápiz con la inscripción "copie una receta y prepare algo nuevo para su hijo", y así pueda llevársela a casa.

Es de gran ayuda tener un espejo bien iluminado frente al cual -- puedan practicar los niños, y perfeccionar así su técnica de cepillado y uso del hilo dental. También puede utilizarse la sala de

espera para presentar material sobre salud dental.

Si el consultorio no se va a dedicar exclusivamente a los niños, una manera eficaz de inspirar confianza es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar. Hágala cómoda y cálida y que dé la sensación de que los niños frecuentan el lugar. Deberá reservarse para ellos un área en la sala de recepción, tenga disponibles sillas y mesas de niños donde puedan sentarse y leer. Tenga a mano una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades. También se pueden conservar en la sala algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños. Las tarjetas que recuerdan la visita y las de notificación deberán ser atractivas, para que el niño sienta que le son enviadas a él.

Un dibujo de algún personaje de cuentos en la tarjeta ayudará en este sentido.

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno.



Para inspirar confianza al niño, será necesario reservar para ellos una área en la sala de recepción que tenga, mesa, sillas, juguetes, etc.

2.0 DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

2.0 DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

Durante muchos siglos los niños fueron considerados como pequeños adultos. Se pretendía que la conducta de los niños lograra las mismas normas de perfección que la de los mayores. Lo que era bueno para los adultos, se consideraba así mismo "bueno" para los niños.

Hubo una época en que se consideraban como pequeños ángeles que no podían hacer mal. Esta actitud fue anunciada elocuentemente en el famoso libro de Emilio Rousseau, en el cual instaba a que se permitiera a los niños vivir en la naturaleza sin las restricciones y presiones de la civilización hasta los catorce años, cuando serían llamados y acorralados por ésta.

En otra teoría se decía que el niño estaba poseído por los demonios y que los espíritus malignos debían ser extraídos de los cuerpos (es decir de los que no parecían adultos).

La televisión, las películas y los cuadernos de caricaturas o historietas cómicas han hecho que se considere a los niños como los diablos principales de esta época.

Actualmente los profesionistas han abandonado la búsqueda del demonio. Ahora se basan en el conocimiento y reconocen que el crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos, que se manifiestan exteriormente en un patrón de conducta; ésto es, la acción, las actitudes y la personalidad del niño. Y que el crecimiento psicológico se refiere también a la adquisición de información de habilidades y de intereses emocionales.

La Psicología Infantil nos ayuda a conocer los factores, causas y circunstancias fundamentales que ejercen una influencia decisiva en la formación de las facultades intelectuales, morales y físicas del niño que crece.

Este proceso de conocimiento sobre el desarrollo de la actividad-reflectora del niño es para que se comprenda como el objeto real-que percibe el niño se refleja en su cerebro bajo la forma de una imagen, de una huella, además de como y porqué esta imagen se modifica y como está modificación se manifiesta en todo el comportamiento del niño.

Como evoluciona la mente.- El niño es una unidad, el sistema ner-

vioso lo hace serlo, consta de billones de neuronas conectadas con todas las partes sensibles y movibles del organismo entero, neuronas de diversas especies: vegetativas, motoras, asociativas, sensitivas, etc.

La mente es parte integrante de esta vasta red de tejido vivo. -- Las neuronas tienen un poder prodigioso de crecimiento, se multiplican a gran velocidad en los periodos embrionario y fetal, durante los cuales se forman los centros de crecimiento de la conducta.

Estas células siguen creciendo y organizándose durante todo el ciclo de desarrollo, por lo tanto, se puede asegurar que el desenvolvimiento psicológico del niño se va realizando en una forma progresiva y ordenada.

El desarrollo psicológico en el hombre se puede dividir aproximadamente en las siguientes etapas: lactancia (del nacimiento a los 18 meses), primera infancia (de los 18 meses a los 5 años), segunda infancia (de los 6 años a los 12), adolescencia (de los 12 a los 16 años) y juventud (de los 16 años a la madurez).



El desarrollo psicológico del niño varía de acuerdo a la edad y a su influencia del medio.

2.1 Patrones de conducta normales a diferentes edades

El odontólogo puede utilizar los siguientes patrones de conducta, donde existirán modificaciones, tomando en cuenta que cada niño es diferente a los demás.

2.1.1 Recién nacido.- El verdadero comienzo de un individuo se remonta a los periodos embrionarios y fetal. Durante -- ellos toman forma los tejidos y órganos del cuerpo e inclusive se insinúa profundamente la naturaleza de la futura - conducta.

Una vez nacido el niño debe luchar por su existencia, ayudado desde luego, por quienes lo atienden y la naturaleza. Mientras lleva a cabo estos ajustes vitales, el niño parece inseguro, inestable. Pero estas primeras transiciones son tan abrumadoras que sólo a las cuatro semanas podemos decir que el bebé ha nacido totalmente e iniciado el arte de vivir.

En esta época atiende manifiestamente a las sensaciones de bienestar gástrico que le inundan después de una comida al

sólido calor del baño. Sus modos emocionales son sencillos a juzgar por la impasividad general de su semblante. Sin embargo reacciona positivamente a las comodidades y negativamente a los dolores y privaciones.

Durante este período el sistema neuromuscular se ha desarrollado de tal manera que el niño ya no se contenta con estar de espaldas. Le agrada que lo mantengan durante breves períodos en posición sedante, de manera que pueda mirar al mundo de frente.

2.1.2 Siete meses. - A esta edad, la capacidad del niño guarda buen equilibrio, su conducta y sus tendencias están de acuerdo, se halla tan armoniosamente constituido que origina pocas perplejidades a quienes le atienden. Es un período de corta duración de equilibrio evolutivo.

2.1.3 Diez meses. - Durante esta etapa el niño puede sentarse por sí solo y puede permanecer de pie con ayuda de algún apoyo. También progresa el sistema motor "fino", ya que colocado un objeto sobre la mesa, lo tomará con una prensión rápida y precisa como de pinzas.

2.1.4 Un año.- En esta edad las habilidades motrices "gruesas" muestran mayor variación individual que la conducta motriz "fina" y que la conducta adaptativa.

El niño de un año también saca conclusiones en las situaciones sociales; le gusta tener un auditorio, repite las acciones que provocan risa de quienes le rodean. Esta reciprocidad social se basa en su crecimiento de percepción emocional, la cual le permite leer más exactamente las emociones de los demás.

2.1.5 Un año tres meses.- A los quince meses, el cuadro de la conducta parece perder su armonía y su equilibrio; es la edad de la precipitación, del apresuramiento y de los choques; la relación de dar y tomar es reemplazada por una conducta unilateral.

La pauta de soltar se ha refinado tanto que el niño puede tomar una pequeña bolita y dejarla caer en el interior de una botella; esto lo hace sin instrucción ni demostración de alguien; colocamos simplemente la bolita junto a la botella y el niño responde con una inmediata espontaneidad.

La conducta espontánea es a menudo, una clave para la aptitud evolutiva.

Como se aprecia, el recién nacido está dotado con un equipo emocional bastante elaborado, que incluye miedo, hambre, 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.

- 2.1.6 El niño de dos años. - El niño se ha iniciado en su primera infancia; a partir de esta edad empieza a hacer un sinnúmero de cosas como: emplear palabras al expresarse y -- controlar sus necesidades corporales. Todas estas pruebas hacen que se le considere (a veces pronto) suficientemente maduro para alejarlo del hogar y llevarlo al jardín de niños.

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

La coordinación motriz fina del niño a esta edad, se encuentra limitada por ciertas inmadureces selectivas de su sistema nervioso.

Muestra limitaciones evolutivas en la esfera de la conducta personal-social. Posee un sentido mayor "del mío" más en sentido muy débil "del tuyo".

El niño de dos años no está suficientemente adelantado como para permitir relaciones interpersonales. Prefiere todavía el juego solitario y le gusta más mirar lo que otros hacen, que participar en un juego. Como regia, en este nivel de edad no permite a otro que juegue con sus juguetes y le divierten más los juguetes con movimiento, como los trenes y coches. A los dos años de edad el niño todavía es muy pequeño para llegar a él sólo con palabras, debe organizar su experiencia tocando, manoseando y palmeando. Depende mucho de su madre y tiene tendencia a ser asustadizo. En este nivel de edad y hasta los tres años, es común que cambie de una cosa a otra en pocos minutos. El niño no debe ser forzado y cada activación debe surgir finalmente de su interior. No debe esperarse que niños menores de tres años res

pondan a preguntas u órdenes directas (Gesell e Ilg).

- 2.1.7 El niño de tres años.- A este nivel de edad el niño ejemplifica generalmente, el comienzo de la semi-dependencia. Emocionalmente, se vuelve menos hacia sí mismo. Sus relaciones personales son más flexibles, la independencia y la sociabilidad son más frecuentes y están bien equilibradas. Trata de agradar y es susceptible a las alabanzas.

Se puede pactar con él y si se le dá una buena razón cooperará con frecuencia en cosas que no le agrada hacer. Esta es también conocida como la edad del "yo también" y puede observarse un interés en compañeros de juego imaginativo. La madre es casi siempre la preferida.

Tres años es una edad nodal (límite entre una etapa y otra), es una especie de mayoría de edad.

Gran parte de esta responsabilidad social se basa en una pura madurez psicomotriz.

- 2.1.8 El niño de cuatro años.- El niño tiende a extralimitarse,

especialmente en su habla y en sus piruetas imaginativas.- Es alegre y vivaracho, emocional e intelectualmente, vuelve a su refugio hogareño, no se aleja demasiado en sus amarras. Las consolidaciones mentales conquistadas a los tres años le sirven de estabilizador.

A esta edad, el niño es voluble porque la red de neuronas que sustenta el lenguaje florece literalmente con "brotes" que toman la forma de nuevas conjunciones, nuevos adverbios y adjetivos, interjecciones y una nueva sintaxis (ordenación de palabras quizá, creo, ni siquiera, enorme, supongamos que, realmente, apuesto a que no puedes hacerlo, etc.).

Esta etapa se caracteriza por el "cómo y porqué"; hasta aquí se han presentado la sucesión de niveles ascendentes de madurez durante los cuatro primeros años de vida. Más adelante se describirán otros seis años de madurez, que son los que abarcan el período de los cinco y los diez años.

En estas edades encontramos numerosos modos de conducta --

nuevos e interesantes, más no debemos esperar nuevos mecanismos de desarrollo. Los mecanismos fundamentales se han puesto ya de manifiesto en las transparentes ingenuidades de la infancia y de la niñez preescolar.

El concepto de madurez aplicado a los niños es relativo. - Un niño de tres años es normalmente más maduro que uno de dos años; un bebé de un año es extremadamente maduro comparado con uno de diez semanas. En realidad, la diferencia de madurez entre ambos es mucho mayor que la existente entre un niño de seis y uno de siete, pues la velocidad de desarrollo ha disminuido considerablemente a los cinco años de edad.

Durante los primeros cuatro años los progresos físicos mentales son prodigiosos para después mantenerse estables a un ritmo menor.

- 2.1.9 El niño de cinco años. - Es una edad ideal, es una especie de EDAD DE ORO tanto para los padres como para el niño mismo. El afecto emocional con la madre es sumamente fuerte todavía, se siente seguro a su lado. Es dócil, obediente,

cariñoso, le gusta ayudar en todo lo que su capacidad le permite. Las decisiones son muy difíciles de tomar.

Todavía pregunta el "cómo" y el "porqué" de las cosas, su mundo se va agrandando al ir a la escuela, la ida a ésta -- podrá presentar problemas en los primeros días, pero se -- adaptará rápidamente a ella y concurrirá con gusto adelante.

El niño es parte del ambiente y éste es parte del niño; si pierde el equilibrio no escapará de la tangente del berrinche o del ataque de nervios, le resulta suficiente golpear brevemente el suelo con los piés. En caso de que se le -- presione o exija demasiado puede reaccionar con pequeños -- ataques de cólera, resistencia o sensibilidad; pero se normalizará al poco tiempo.

Durante esta etapa de la vida, se procurará que desaparezca en él todos aquellos "malos hábitos" que haya adquirido en las etapas pasadas. Al decir malos hábitos es referirse a morderse las uñas, chuparse constantemente los labios, chuparse el dedo, etc.; en fin todo aquello fuera de lo co

mún que haga para descargar su subconciente.

En muchas ocasiones puede distinguir entre verdad y mentira, y es capaz de autocrítica. Le gusta terminar lo que ha empezado y hay un orgullo social por las ropas y por los conocimientos. A esta edad, es amante de las alabanzas.

2.1.10 El niño de seis años.- Aquí hay un despertar del sentido social que se hace evidente a poco de comenzar la escuela. Se logra una gradual expansión de actividades fuera del hogar. Durante esta etapa de la vida del niño trae consigo cambios fundamentales, tanto somáticos como psicológicos.- Es una edad de transición. Están desapareciendo los dientes de leche, aparecen los primeros molares permanentes, - inclusive la química del cuerpo, sufre cambios sutiles, -- que se reflejan en un aumento de la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas. Surgen nuevas propensiones, nuevos impulsos, nuevos sentimientos, etc.

A la edad de los seis años es completamente opuesto a como era a los cinco años, es un niño peleador, discutiador, irri

table, rudo, rebelde, empeinado, dominador, ruidoso y fácilmente exitable. Sumamente emocional; marcado desequilibrio entre sus compañeros. Expansivo e indiferente. Es muy inconstante ya que va de la cólera a la tranquilidad absoluta.

- 2.1.11 El niño de siete años. - Llamada edad de los "sentimientos". Mejoran sus relaciones con los demás, aunque hay de equilibrios con sus sentimientos propios. Escaso sentido del humor que ya no sirve para manejarlo. Se preocupa por el lugar de su familia o del grupo escolar.

Durante esta etapa sus temores son más profundos, inquietantes, aparte de los que tenía a los seis años, juega a la guerra, espías, ladrones, etc., siente temor a que sus padres o maestros no lo quieran y temor a las situaciones nuevas.

- 2.1.12 El niño de ocho años. - Hay tendencia al desequilibrio entre sí mismo y los demás. Es un niño que tiene conciencia de lo bueno y lo malo; quiere que se aprecie su bondad y le gusta agradar a todos los que lo rodean.

Critica a los demás y a sí mismo. Es egoísta y exige mucha atención, es dominador y servicial. Reacciona ante el ataque y la crítica más ofendido que con agresividad y la agresión normalmente es verbal. También exige que el adulto lo trate como a una persona mayor.

2.1.13 El niño de nueve años.- A esta edad tiene una conducta similar a la de ocho años, pero con un poco de desarrollo general. Es una edad intermedia entre la infancia y la pubertad, es un período de reorganización significativa. La automatización es la característica cardinal del niño de nueve años.

Posee a su vez una creciente capacidad de aplicar su mente a las cosas por propia iniciativa o con sólo ligeras sugerencias por parte del ambiente; esto le confiere un aire típicamente preocupado de hombre de negocios, tanto en la casa como en la escuela, no le gustan las interrupciones, -- aunque él por sí mismo si puede interrumpir sus tareas.

Es una edad óptima para perfeccionar la pericia en el manejo de operaciones fundamentales de la escuela o en otros -

lugares, pues está muy interesado en perfeccionar las cosas que se le enseñan. No le agrada ni necesita que se le proteja con condescendencia.

Tiene rápidos desplazamientos de uno a otro extremo emocional, de corta duración. Le apasionan ciertas actividades. Emplea el lenguaje para expresar emociones sutiles y refinadas, sufren pocos temores pero es muy variable de niño a niña.

2.1.14 El niño de diez años.- Los diez años igual que los cinco es una edad nodal, o sea de desarrollo, aunque menos fuerte que a los cinco años de edad, su individualidad está -- ahora bien definida y su penetración tan madura, que fácilmente puede considerársele como un pre-adulto.

La psicología de una niña de diez años es diferente a la de un varón de la misma edad. La niña es más reposada, -- tiene mayor discernimiento social y se interesa más por -- los problemas relativos a la familia.

En oposición al niño de nueve años, el de diez es más repo

sado y despreocupado. Es dueño de sí mismo y de sus habilidades, hace las cosas sin esfuerzo, trabaja con rapidez en la ejecución de sus trabajos. En general su comportamiento es más modulado.

El talento se pone ahora de manifiesto especialmente para las artes creadoras, así como para el comportamiento personal-social y da una amplia gama de rasgos de su personalidad. La planificación deberá comenzar a esta edad.

En lo escrito con anterioridad se ha explicado brevemente el desarrollo del ser humano a partir de la vida fetal hasta la edad de diez años. A partir de esta edad tanto en la mujer como en el varón se empiezan a manifestar una serie de trastornos tanto biológicos, morfológicos y psicológicos que transforman al infante en un pre-adolescente.

2.1.15 Los años preadolescentes. - Durante este nivel de edad, -- hay una tendencia a asumir prerrogativas adultas y la lealtad a los compañeros de colegio y a la pandilla se hace -- más notable. Es también la edad de la competencia en atletismo y en la que se adquiere un positivo interés en toda

clase de mecanismos.

Se considera importante hacer hincapié en que cada niño es único y que sin embargo al estudiar los problemas de personalidad, es necesario buscar similitudes de las que puedan derivarse algunas formas de clasificación.

Por esto, aunque no se considera posible describir formas de conducta a estas edades, o a cualquier otra, se ha realizado en forma general lo que pueda esperarse.

Es una síntesis de lo expuesto anteriormente sobre las conductas normales probables que presenta el infante se podrá decir que desde el nacimiento a los 5 años de edad el niño pasa por varias etapas de independencia de su madre. Inicialmente es dependiente por completo para tomar todos sus alimentos, calor, comodidad, amor y diversión. A medida que va pasando el tiempo se hace cada vez más independiente y capaz, no sólo de ver su propia individualidad, sino también de reconocer que los demás tienen derechos propios. Comprende que la conformidad es necesaria si quiere gozar la vida, pero comprende además, que dentro de la unidad fa

miliar tiene mayor oportunidad para no conformarse que en un ambiente extraño. Goza de su capacidad para crear escenas y parece estar en condiciones de captar su poder para forzar situaciones.

Junto con esta creciente independencia, que en realidad debe considerarse como interdependencia, el niño desarrolla capacidades de locomoción y destreza manual, que con el control de los esfínteres le hacen más aceptable en un mundo adulto. Aprende a también a comunicarse. Un niño puede entender cosas sencillas y anunciar sus necesidades inmediatas mucho antes de que pueda hablar. Cuando aprende a hacerlo por primera vez su vocabulario es reducido, pero su capacidad para captar es considerable. Hacia los cinco años, si está de humor puede mantener conversaciones "inteligentes". Esta última característica es importante porque puede así socializarse y desarrollarse intelectualmente a mayor velocidad. Sus poderes para elaborar conceptos son limitados. Puede pensar en lo abstracto, aprender a escribir y a entender la aritmética simple.

2.2 Factores externos que influyen en su conducta dentro del consultorio dental

Se ha dicho que cada persona es el producto de sus propias cualidades innatas y de la singularidad de su propia cultura. Por lo tanto para conocer a un ser humano se deberán conocer sus antecedentes.

Toda conducta tiene una causa y éstas podrán ser múltiples e interdependientes. Algunas causas están orientadas culturalmente, de ahí que es necesario conocer algo sobre las formas de las costumbres, tradiciones, tabúes, valores y expectativas culturales que afectan a los niños, mientras crecen.

Se habla de fuerzas internas y externas que actúan sobre el hombre. El estudio de las fuerzas que influyen sobre la persona desde el exterior, tienen sus raíces principalmente en la sociología, economía y antropología.

Las fuerzas que operan dentro del cuerpo humano y que lo hacen responder en la forma en que lo presenta o cualquier experiencia específica, son estudiadas en las disciplinas de filosofía, Psico

logía y Psiquiatría.

También es importante conocer los principios de la Biología y Fisiología Humana, para explicar las respuestas individuales que -- son de origen genético y endócrino.

Lo anterior facilitará la comprensión de algunos de los factores_ externos que influyen en el comportamiento del niño dentro del -- consultorio dental.

Gran cantidad de psicólogos, educadores, investigadores y otros - profesionistas han dedicado mucho tiempo a estudiar a los niños y a reunir información sobre su conducta y desarrollo.

Dentro del aspecto de los estudios del desarrollo infantil se incluyen: el crecimiento desde su concepción hasta la adolescencia; el desarrollo social incluye los efectos de la interacción de los niños entre sí con sus padres, maestros y la sociedad en general; y el desarrollo cognocitivo o mental, entre cuyos elementos están la facultad para adquirir el lenguaje, la inteligencia, la creatividad y otros muchos aspectos en que intervienen los procesos mentales.

2.3 Problemas emocionales que influyen en su conducta

Los factores de más influencia en la conducta del niño dentro del Consultorio Dental, son los problemas emocionales. Sus experiencias médicas u hospitalarias anteriores, las actividades familiares ante la salud y las actitudes de sus compañeros de juego.

El niño de corta edad suele experimentar temor a lo desconocido y a las experiencias nuevas y por consiguiente responde de manera inesperada con una conducta que se caracteriza por vergüenza, timidez, desaffo o falta de cooperación.

En algunos niños con problemas emocionales como el adaptarse a su escuela, la llegada de un nuevo hermanito, el traslado a un nuevo ambiente o a la muerte de un familiar próximo, le creará inestabilidad emocional por lo que la visita al dentista deberá aplazarse.

Los trastornos emocionales son frecuentes en los hijos de padres divorciados o en los niños adoptados o residentes en hogares adoptivos. En estos niños son de preveer problemas durante el tratamiento.

2.3.1 Experiencias médicas y hospitalarias anteriores.- Los niños en edad preescolar con antecedentes de cuidados médicos, suelen transferir sus reacciones favorables o desfavorables respondiendo de manera similar a las experiencias dentales.

Así, se podrá mencionar como un caso clínico aquel niño -- que ha sufrido accidentes y que generalmente ha tenido tratamiento en la sala de urgencias de un hospital, guardará experiencias traumáticas desde el punto de vista psicológico, manifestando posteriormente miedo al estar frente al dentista.

Por el contrario las experiencias hospitalarias libres de dolor, o satisfactorias desde el ángulo emotivo, preparan a los pequeños pacientes para que acepten el tratamiento dental.

La fantasía de los niños en edad preescolar, puede ser estimulada inadvertidamente por el ambiente dental; entonces en el niño pueden despertarse conflictos emocionales, ansiedades asociadas con episodios dolorosos del pasado.

2.3.2 Actitudes de los familiares y de los compañeros de juego.-

Cuando un niño es miedoso o indócil, es posible que refleje actitudes familiares, conflictos del hogar o rivalidades con sus hermanos o sus compañeros de juego.

Los padres a los cuales el tratamiento dental les produce ansiedad exagerada, con frecuencia intentan ocultarla, pero como les es difícil hacerlo, le trasmite sus sentimientos de temor al niño.

Este último factor será ampliado en el tercer capítulo por considerarse de mayor influencia en la conducta del niño.

3.0 INFLUENCIA PARENTAL



¿QUE ES UN NIÑO?

Los niños vienen en tamaños, pesos y colores surtidos. Se les encuentra dondequiera; encima, debajo, dentro, fuera, trepando, colgando, corriendo, saltando. Las mamás los adoran, las hermanas - y los hermanos mayores los toleran, los adultos los desconocen y el cielo los protege.

Un niño es la verdad con la cara sucia, la sabiduría con el pelo despeinado. La esperanza del futuro, con una rana en el bolsillo.

Un niño tiene el apetito de un caballo, la digestión de un traga-espadas, la energía de una bomba atómica, la curiosidad de un gato, los pulmones de un dictador, la imaginación de un Julio Verne, la timidez de una violeta, la audacia de una trampa de acero y el entusiasmo de una chinampina.

Le encantan los dulces, las navajas, las sierras, la navidad, los libros con láminas, el chico de los vecinos, el campo, el agua en su estado natural, la tierra en su estado natural, los animales - grandes, papá, mamá, los trenes, los domingos por la mañana, los carros de bomberos y escoger ellos mismos la ropa que se van a poner.

Además de todo esto, a las niñas les fascinan las muñecas, los --
trastecitos, los adornos para el pelo, ayudar a mamá y a papá, la
coquetería y ponerse los zapatos de mamá.

Le desagradan las visitas, la escuela, los libros sin láminas, --
las lecciones de música, las corbatas, los peluqueros, los abri--
gos, los adultos y la hora de acostarse.

Nadie más se levanta tan temprano ni se sienta a comer tan tarde,
nadie más puede embutirse en el bolsillo un cortaplumas oxidado,
una fruta mordida, medio metro de cordel, los caramelos, veinte -
centavos, una resortera, un trozo de substancia desconocida y un
auténtico anillo supersónico con un compartimiento secreto.

Si es niña, sus tesoros los guarda en un bolso viejo de mamá, ahí
tiene cuatro estampas arrugadas, un collar encontrado quien sabe
donde, un arete sin pareja y una botellita de barniz para las uñas
vacía, un espejo, tres moños, un frasquito de perfume y un corde-
lito para atar algo que todavía no tiene.

Los niños son criaturas mágicas ... Usted puede cerrarles la puer-
ta del cuarto donde guarda las herramientas, pero no puede cerrar-
les la puerta de su corazón.

Puede echarlos de su cuarto, pero no puede echarlo de su mente. -
Todo el poderío suyo se rinde ante ellos, son sus carceleros, sus
amos, sus jefes, son un manojito de ruido con la carita sucia; pe
ro cuando usted llega a su casa por la noche, con sus esperanzas_
y sus ambiciones hechas pedazos ellos pueden remediarlo todo, con
dos mágicas palabras: ¡HOLA PAPITO!

3.0 INFLUENCIA PARENTAL

Cada recién nacido hereda el resultado de millones de años de evolución biológica, pero debe de adquirir mediante las interacciones sociales el producto de muchos siglos de desarrollo cultural.

Los grupos como cualquier grupo protector representará de manera probable el factor más importante en el ambiente de los pequeños. Los adultos como producto de una cultura particular, suelen ser los primeros sociabilizadores de los niños, enseñándoles mucho de lo que a su vez aprendieron en la infancia. Por esa razón las prácticas de paternidad y las interacciones entre padre o madre e hijo podrán explicar mucho de las diferencias conductuales y de desarrollo que se han de observar en los pequeños.

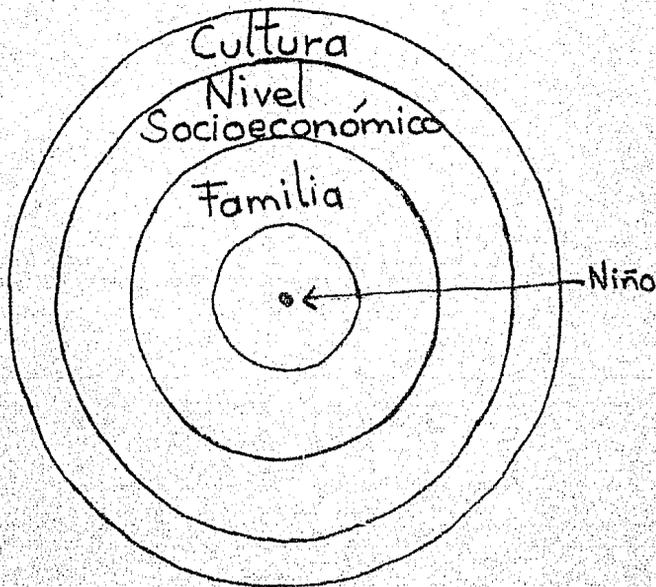
El medio en que se nace, puede concebirse como una serie de círculos concéntricos, cuyo centro común lo ocupa el niño, el círculo exterior representa la herencia cultural, misma que varía según la comunidad, el país y la región del mundo. El primer círculo interno representa el nivel socioeconómico de la familia y recibe la influencia del externo, que a su vez influye en muchos aspectos de la relación entre la familia y el niño.

El círculo interno siguiente representa al grupo familiar o protector en que se criará el infante. Los tres círculos tienen influencia recíproca en el niño, pero el interno que es la familia, ejerce una influencia mayor en el desarrollo del pequeño.

Es probable que las funciones más importantes de la familia respecto a la crianza del infante sean la socialización y el apoyo afectivo.

En casi todo el mundo estas funciones las desempeña un núcleo familiar o familia básica, que está integrado por la madre, el padre y los hijos.

Sin embargo la familia representa variaciones en su estructura y tamaño, lo cual influye en la atención, estimulación, oportunidades de interacción coetáneas y la cantidad de modelos adultos de que dispone el niño. No obstante, la mayoría de las familias conserva la estructura a través de miles de interacciones con los padres. Entre ellas las que se refieren a la alimentación, adiestramiento en el control de esfínteres y el sexual, tendrán efectos perdurables en el desarrollo físico, emocional y social del pequeño según la forma en que sean manejadas estas interacciones.



El medio en que se nace, puede concebirse como una serie de círculos concéntricos entre los cuales hay una relación (Cultura, Nivel Socioeconómico y Familia).

3.1 Diferentes tipos de educación errónea en los niños

A continuación se relacionarán en un breve recuento las actitudes educativas erróneas y las reacciones que provocarán los padres a sus hijos. No es una ley matemática, es decir, no siempre de tal actitud se derivará la misma conducta en todos los individuos. - Puede ser que en algunos casos los efectos no sean tan malos como en otros, a causa de que hay otros factores que influyen como: herencia, esfuerzo personal, ambiente social cultural, etc.

En sí, una actitud de educación errónea no determina, pero sí condiciona o favorece ciertas reacciones.

3.1.1 Educación sin amor.- Es propia de los padres que no se dedican plenamente a su hijo, consciente o inconscientemente éste les estorba. Esto, puede ser debido a diversos motivos (niño que nace sin haber sido deseado, que causa problemas económicos, que resta libertad, etc.). Con frecuencia a estos niños se les amenaza con ponerlos internos en un colegio, o con echarlos de su casa si no se porta bien. Además que no sólo sufren falta de amor y afecto, sino que llegan a ser tratados con desprecios y a veces con brutalidad.

dad, llegan a ser criticados continuamente con demostraciones de desagrado. En ocasiones estos niños desarrollarán carencias de estimación propia y sentimiento de incapacidad que les originará ansiedades profundas.

A la falta de seguridad, el niño se volverá suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo.

- 3.1.2 Educación mimosa y sobreprotectora.- Corresponde a los padres que quieren al niño excesivamente, a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres alterará la educación normal del niño.

Este tipo de cariño es posesivo y no respeta la personalidad del pequeño, no permitiéndole utilizar su iniciativa propia ni tomar decisiones por sí mismo.

Normalmente, estos padres les dan toda clase de caprichos, con lo cual dificultan en vez de facilitar su maduración impidiendo que, poco a poco se vayan enfrentando con la --

realidad. Estos padres ayudan al niño a vestirse, alimentarse y toman parte activa en sus actividades sociales, -- juegos y trabajos. Los niños se ven restringidos por parte de los padres, por miedo al daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juegos.

El exceso de protección maternal puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva: según Bekminy Bakivin parece que no existen términos medios. El que los padres se vuelvan demasiado indulgentes o demasiado dominantes depende de la disposición innata del niño y de como reacciona al comportamiento de los padres. Tal parece que existe una reacción de comportamiento inversa a las actitudes de los padres.

- 3.1.3 Educación excesivamente dominante. - Es aquella mediante la cual los padres ponen la autoridad como valor supremo. El exceso de la autoridad oprime y merma la libertad, anulando la personalidad. Además, el autoritarismo no es nunca de un amor justo y comprensivo, sino que es resultado del mal humor de unos padres decontentos de sí mismos que

descargan sus frustraciones e insatisfacción sobre los hijos.

Los padres dominantes forman niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas.

3.1.4 Educación excesivamente indulgente.- Son padres que dan demasiada atención, afecto y servicio a su hijo por lo que lo hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. Si no se les da lo que piden se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos.

3.1.5 Educación alternante.- Es aquella en que los padres presentan una conducta constantemente cambiante, es decir que pasan fácilmente de la amabilidad y condescendencia al despotismo y cólera. Generalmente se da en padres muy ocupados o agobiados por sus problemas, que tienen los nervios

alterados y los descargan con facilidad en los niños, pasando luego a la dulzura y viceversa según sus estados de ánimo. Estas oscilaciones crean en el niño una total desorientación y al no estar regida su conducta con unas normas objetivas y justas han de basar su comportamiento en los cambios de humor de sus padres.

Estos niños presentan una inseguridad de sí mismos, incapaces de decidir, por lo que les impide ser auténticos.

3.2 Trastornos de comportamiento característicos de la época actual

3.2.1 Timidez. - Consiste en una actitud de repliegue e inhibición que algunos niños adoptan ante las demás personas, y que les impele a apartarse de la vida social. La timidez puede ser consecuencia de perturbaciones reales o aparentes.

Las causas reales que producen en el niño un sentimiento de inferioridad puede ser algún defecto físico como obesidad, cojera, tartamúdez, etc. que en muchas ocasiones se -

hacen conflictivas por el mal enfoque del problema por parte de los padres.

Las causas aparentes son aquéllas que dependen de una sensibilidad excesiva del niño, y originan comportamientos extraños causados por conflictos internos e inconscientes.

El niño tímido es un ser muy emotivo y que se desmoraliza con gran facilidad. "Retrocede" ante el contacto con el mundo externo porque se siente débil e inseguro cuando ha de aceptar una responsabilidad o tomar alguna iniciativa. Aunque le gusta participar en los juegos, lleva una vida apartada de los demás; los ve como amenaza y a sí mismo desvalorizado. Se siente culpable interjormente, pero no por causas reales, sino por sus propios sentimientos e ideas.

En resumen, la timidez viene determinada por una inadaptación afectiva a consecuencia de diversas circunstancias que han de averiguarse.

3.2.2. Angustia.- Consiste en un estado general de inquietud o

desazón provocado por algún peligro, imaginario o instintivo. Este sentimiento se diferencia del miedo en que éste normalmente tiene una causa concreta (miedo a un perro, a la oscuridad, etc.) sin embargo, la angustia es un estado de ánimo que no tiene base lógica.

El miedo frecuentemente suele ser adquirido por contagio o por una mala educación ya que en muchas de las ocasiones - los pequeños son asustados con amenazas y expresiones de - temor. La angustia casi siempre está condicionada por los padres que acosados por su misma disposición la transmiten inconscientemente a los hijos y éstos la manifiestan en -- forma de inquietud. A menudo durante el sueño, al estar - relajados psicológicamente los terrores se manifiestan en forma de pesadillas, sobresaltos, espantos nocturnos, etc.

Los estados de ansiedad pueden originar dificultades, de - adaptación familiar.

3.3 Trastornos psíquicos

Todo trastorno de conducta se debe a un conflicto psíquico, hay -

muchos niños que presentan síntomas concretos (tics, tartamudez, etc.) que requieren un tratamiento psicológico, más que una técnica medicamentosa. En realidad son manifestaciones locales orgánicas como exteriorización de un problema general psíquico (inadaptación del niño, mal ambiente familiar, relaciones afectivas distorsionadas, educación paterna inadecuada, etc.)

Los principales trastornos psíquicos, algunos de los cuales ya no se dan en este período, son los siguientes: enuresis (mojarse en la cama), miedo, onicofagia (morderse las uñas), dificultad en el lenguaje, mentiras, robo, tics, etc.

3.3.1 Enuresis.- Es la emisión involuntaria e inconsciente de orina durante el sueño nocturno en el niño de más de tres años de edad. Generalmente se acompaña de otros problemas psíquicos y casi todos los casos estudiados son consecuencia de trastornos afectivos. En ocasiones esa anomalía traduce el deseo que tiene el niño de seguir siendo pequeño o bien de volver a serlo. Ese deseo es el efecto de varias causas: negarse a ser mayorcito para no perder privilegiadas posiciones familiares (esta actitud es una excesiva protección materna); a relaciones afectivas defectuosas; a una

inadecuada educación de los padres en el sentido de no responsabilizar a su hijo, etc.); a la existencia de un hermano menor (como reacción a no querer perder el cariño materno, el niño reacciona infantilmente orinando en la cama, -comiendo igual que el hermanito y reclamando iguales cuidados, muestras de agresividad contra las personas que le rodean, (educación rígida, constantes represiones, etc.)

El niño manifiesta su inconformidad con actos que provocan trabajo y molestias a los padres.

3.3.2 Onicofagia.- Es el hábito que tienen los niños de morderse las uñas, se observa sobre todo en niños emotivos y está en relación con un estado indefinido de malestar, se manifiesta como un estado de angustia. Por regla general, -sólo se muerden las uñas en determinado momento (cuando --leen, en el colegio, en el cine, etc.) es decir, en situaciones que les obliga a estar quietos y no tienen otra forma de exteriorizar su ansiedad, con este acto el niño se ve aligerado de su problema.

Existen diversas medidas tendientes a evitar la onicofagia



Entre los trastornos psíquicos que se llegan a apreciar en el infante es la onicofagia.

(castigos, guantes, impregnar las uñas con ciertos líquidos, etc.) aunque todos ellos son de muy relativa eficacia.

- 3.3.3 Dificultad en el lenguaje.- En líneas generales el niño presenta alteraciones en el lenguaje cuando su aprendizaje no ha sido correcto, a causa de que la maduración y la integración del niño en su ambiente no ha sido la adecuada.- Hay padres que facilitan la aparición de este trastorno -- al mantener una actitud errónea, no se atreven a hablar a su hijo por miedo a que no les entiendan; no le hablan correctamente y prefieren que éste emplee vocablos incorrectos en edades en las que no les corresponde expresarse como un bebé.

Otras veces los trastornos del lenguaje tienen su origen -- en problemas médicos (alteraciones anatómicas de los órganos de fonación, audición imperfecta, etc.) o bien en problemas psíquicos de tipo afectivo (madres que no desean -- que su hijo crezca, excesiva protección, mal ambiente, -- etc.)

- 3.3.4 Mentiras.- Se define la mentira como la alteración conscien

te de la verdad. Hasta la edad de tres a cuatro años, el embuste no es reprochable, ya que el niño no sabe distinguir entre lo real y lo imaginario, por lo tanto altera la verdad, pero no miente. Hasta los cinco o seis años no hace esta distinción de una manera clara, es decir no es totalmente consciente de haber engañado.

Cuando el niño exagera la realidad de una situación, no puede decirse que esté mintiendo en el sentido estricto de la palabra.

Un niño miente por diversas causas: temor al castigo, como medida preventiva de las consecuencias de una falta cometida, para escapar a cualquier tipo de humillación (burlas, ironías, etc.) como único recurso para resolver problemas ocasionados por la competencia con otros niños (en el juego, en la clase, etc.).

3.3.5 Robo. - En el niño pequeño no está bien delimitada la distinción entre el propio bien y el bien ajeno, hasta los tres años la noción de "esto es mío" y "esto es tuyo" es bastante confusa. En la realidad es "suyo" todo lo que --

quiere y necesita.

Aunque debe esforzarse para comprender que hay cosas que no le pertenecen en exclusiva, gracias a su maduración va adquiriendo la noción de propiedad en el sentido de que la posesión ajena debe respetarse.

Un niño roba por diversos motivos: tomarse la justicia -- por su mano (realmente lo que le interesa no es el producto del robo, sino de equilibrar la injusticia que se ha cometido con él); ganarse el afecto de los que lo rodean -- (con el producto del robo compran la amistad y el respeto); tentación irresistible de poseer determinadas cosas (caramelos, juguetes, libros, etc.), cuando los padres se oponen a sus deseos. Todas estas clases de hurtos son consecuencia de un desequilibrio emocional del niño, junto con la existencia de un mal ambiente familiar o social; el niño patentiza su angustia, su hostilidad, su inferioridad o su insubordinación con ese comportamiento anómalo. La conducta educativa de los padres aunque muy difícil no es posible de llevar a cabo.

Las promesas, las amenazas, las persuaciones, los consejos y las advertencias no sólo sirven de muy poca cosa, sino - que incrementan aún más la necesidad de robar.

3.3.6 Tics.- Es un movimiento convulsivo habitual de ciertos -- músculos y constituyen otra manifestación de un problema - interno. De nada sirve intentar convencer a un niño a que reprima un "tic" cuando éste es totalmente involuntario y por lo tanto incontrolable.

3.4 Mensajes a los padres sobre la educación de sus hijos

Millones de padres y madres de familia tienen a su cargo cada año, una tarea que es de las más difíciles que existen, la de formar a una criatura que es casi totalmente indefensa y asumir toda la -- responsabilidad de cuidar su salud física y psicológica tratando de criarlo de manera que se convierta en un ser humano productivo, cooperativo y un buen ciudadano ¿Qué trabajo es más difícil y exigente que éste?

Siempre han sido juzgados y acusados los padres de la conducta positiva o negativa que presentan los hijos ante el mundo. Sin em-

bargo la preparación para llegar a ser padres positivos es deficiente y casi nula en nuestra sociedad.

Actualmente se puede contar con una infinidad de bibliografías, y terapeutas con preparación profesional que han de ayudar a la complicada tarea de educar y orientar tanto a los padres como a los niños para superar problemas emocionales y trastornos de la conducta.

Es difícil señalar una postura educacional correcta y concreta -- por el amplio sentido que tiene el concepto de educación y que varía según la sociedad, pero sin lugar a dudas es la actitud positiva de los padres, la que actúa sin egoísmo alguno sobre las bases de respeto y amor mutuo, fomentando una relación cálida e íntima juntamente con una actuación analítica que permita la comprensión y tomando siempre en cuenta el temperamento y las cualidades del niño.

La educación se puede desarrollar de diversas formas según las situaciones ambientales concretas y de acuerdo con las actitudes -- adoptadas ante estas situaciones.

La disciplina, autoridad y castigo son tres aspectos de la educación que, aplicados adecuadamente pueden colaborar de manera muy positiva a la formación de la voluntad y personalidad del niño.

La disciplina debe ser administrada racionalmente y en forma progresiva de acuerdo con el nivel mental del niño, procurando no sobrepasar la frontera de su comprensión, ya que de lo contrario daría resultados negativos.

Es primordial que la vida familiar esté organizada y regida por unas normas que sirvan para encausar los impulsos desordenados -- del niño (caprichos, berrinches, etc.); basándose en el respeto -- de unos principios morales y sociales. Toda disciplina estará gobernada en todo momento por un sentido equilibrado de la justicia y no por la violencia y los cambios de humor.

Sólo con una disciplina (adecuada) que no sobrepase las posibilidades físicas y mentales del niño podrá lograrse que éste se forme una voluntad sólida y sea capaz de controlar sus actos.

Para establecer este estado de disciplina y orden, los padres deberán ejercer una autoridad sobre sus hijos, tomando en cuenta --

que este concepto significa: proteger, dirigir, dar ejemplo. Para que una persona tenga autoridad debe poseer gran cantidad de - cualidades propias, susceptibles de ser transmitidas a los que educa.

La autoridad ha de ser una ayuda, de lo contrario se convierte en una imposición que no es sino coacción y violencia moral o física.

Esta facultad deberá estar basada en el amor e ir acompañada de - un sentimiento de colaboración que sirva no para librar o proteger al niño de sus obligaciones, sino para ayudarlo en su tarea - de ir aceptando la realidad con lo cual aprenderá a formarse su - propia personalidad.

Cuando la autoridad y la disciplina aplicadas adecuadamente no -- basten para lograr una conducta aceptable, se hará necesario el - castigo.

Hay opiniones diversas sobre su conveniencia y los diferentes tipos de éste. Lo más aceptable es no castigar por cualquier falta, ya que se debilita la finalidad de lo que se desea corregir.

El hijo ha de conocer las normas objetivas que ha establecido la convivencia humana y que no deben ser alteradas. Por eso los niños como los adultos están obligados a conocerlas y aceptar que la infracción requiere una censura.

En cuanto a las características del castigo se deberá tener en cuenta que:

- No debe ser corporal, a partir del momento en que el niño tiene uso de razón.
- Debe ser razonado, de manera que sea comprendido y aceptado por el niño (como juego).
- La frecuencia de los castigos es negativa, porque provoca actitudes nocivas en el niño (mentiras, etc.) y origina en él, sentimientos de impotencia que lo llevan a la angustia.
- Nunca debe ser castigado delante de otras personas porque se sentirá humillado.

El clima afectivo nunca debe ser la violencia o la falta de control, sino el amor; tanto el que castiga como el castigado deben experimentar una íntima tristeza. Es este sentimiento el que inducirá al niño a una superación del fracaso y a un dominio de sí mismo.

El castigo debe aplicarse inmediatamente después de haber sido cometida la falta. Es mejor un correctivo a tiempo que uno grande a destiempo, ya que si pasan unas horas pierde eficacia y valor formativo. Si la persona que exige y castiga de acuerdo con estos principios, a la larga creará un sentimiento de admiración en el hijo susceptible de enriquecer su personalidad.

3.5 Orientación a los padres sobre educación dental

El servicio de Odontopediatría deberá incluir la orientación del niño y del padre en cuanto a los procedimientos odontológicos necesarios y su participación en el consultorio.

La mayoría de los padres ignoran la forma de iniciar a su hijo en el cuidado de sus dientes, derivado esto en el desinterés que se le ha dado a la atención bucal del niño.

Todaya muchos padres piensan que los dientes temporales que han de exfoliarse no requieren de la atención necesaria para protegerlos de cualquier daño que pudieran sufrir. Sin embargo el odontólogo habrá de orientar a los padres para que éstos conozcan la importancia que tiene el cuidar tanto los dientes temporales como -



El servicio de Odontopediatría deberá incluir la orientación del niño y del padre en cuanto a los procedimientos odontológicos.

los permanentes y la influencia que ejercen éstos en el aspecto físico, psicológico y fisiológico del niño.

Así también el odontólogo ha de crear conciencia a los padres de que la salud dental en la niñez es una inversión para la salud futura y que la buena odontología no comienza en el consultorio dental sino en el hogar con una higiene dental adecuada, una dieta de restricciones en carbohidratos y de la adquisición del hábito de limpieza bucal como parte integral de su vida; así mismo se afirmará que es responsabilidad de los padres la preparación adecuada ante el consultorio dental de sus hijos, brindándole la confianza necesaria para su asistencia a éste.

Todo padre deberá saber que la edad recomendada para que el niño se ponga en manos del odontólogo es la de los dos años, tiempo en el cual casi ha completado la erupción de sus dientes temporales y se puede iniciar la prevención de problemas dentales debido también a que entre los dos y diez años hay una mayor posibilidad de un desarrollo carioso más intensificado que disminuye entre los diez y trece años (pero solamente cuando el niño llega a esta edad con una buena salud dentaria); y porque durante la adolescencia puede volver a aumentar la actividad de la caries. Esta in-

formación ayudará a los padres a estar alertas sobre la necesidad bucal a su debido tiempo.

Habrán padres que se muestren renuentes a llevar al consultorio a niños de tan corta edad, porque temen que se alteren en su conducta y se sientan incómodos ante las lágrimas y las rabietas infantiles. De aquí que los padres estarán conscientes de que el dentista estará preparado a los cambios de ánimo del niño y capacitado para canalizar en la forma más adecuada ese cambio de conducta.

Los padres jamás deberán tomar la Odontología como amenaza. Llevar al niño al dentista no deberá implicar castigo, ya que de emplearlo así crea indudablemente temor al dentista.

También basándose en el temor que experimenta el niño de corta edad a las experiencias nuevas y a lo desconocido, se habrá de sugerir a los padres que la primera asistencia al consultorio dental la haga en compañía de ellos o de un familiar cercano, ya que la seguridad y confianza que adquiriera el niño estará dada por sus padres.

La comunicación padre-dentista se establecerá antes de que el ni-

no se presente al consultorio, ya sea en forma personal o por vía telefónica con el fin de que el padre reciba las indicaciones pertinentes para que él a su vez prepare adecuadamente al pequeño antes de la cita.

Hay padres que el tratamiento dental les produce ansiedad excesiva que con frecuencia intentan ocultar, pero expresiones como : - "Me desagrada ir al dentista pero nunca se lo he dicho al niño" o "Cuando voy al dentista llevo conmigo al niño para que se vaya -- acostumbrando" transmiten temor al pequeño.

También el padre que promete una recompensa para sobornar al niño rebelde antes de acudir al consultorio dental puede crear sin darse cuenta miedo en el niño.

Al niño no se le deberá engañar para acudir al dentista.

La preparación que han de dar los padres al niño antes de presentarse al consultorio no será en forma exagerada ni se comentará con él las experiencias que ellos hayan tenido anteriormente.

Los niños que presenten hábitos bucales nocivos como son: la suc

ción de dedos, la onicofagia o hábito de morderse las uñas, etc., se les indicará a los padres que la corrección no estará en las represiones o regaños o la colocación de dispositivos o trampas bucales sino que se deberá buscar la causa que los origina y que puede estar fundamentada en una necesidad fisiológica o psicológica no satisfecha.

Cuando el padre se da cuenta del temor que llega a experimentar el niño antes de ir al consultorio, deberá aplazar la cita para evitar nuevas situaciones desagradables, ya que su temor no desaparecerá espontáneamente, sino que irá disminuyendo a medida que el niño vaya creciendo hasta que sus experiencias tanto con sus padres como con el dentista sean lo más gratas posibles.

4.0 MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Entonces apareció el zorro

- Buenos días, dijo el zorro

- Buenos días, contestó cortesmente el principito, que volteó y -
no vió nada

- Estoy aquí, dijo la voz, sobre el manzano ...

- ¿Quién eres tú? Preguntó el principito
Estás muy bonito ...

- Soy un zorro, le contestó

- Ven a jugar conmigo, le propuso el principito
Estoy tan triste ...

- No puedo jugar contigo, dijo el zorro, no estoy domesticado

- ¡Ah! perdón, exclamó el principito
Pero después de reflexionar, añadió:

- ¿Qué significa domesticar?

- Es una cosa ya olvidada, dijo el zorro.
Significa "crear vínculos"

- Seguro, dijo el zorro. Tú no eres para mí más que un muchachito, igual a otros cien mil muchachitos y no te necesito para nada. Tú tampoco tienes necesidad de mí. No soy para tí más que un zorro igual a cien mil zorros. Pero si tú me domesticas tendremos necesidad uno del otro. Tú serás para mí único en el mundo y yo seré para tí único en el mundo. El zorro se calló y

miró largamente al principito

- ¿Qué debo hacer? dijo el principito
- Debes ser muy paciente, contestó el zorro. Te sentarás primero un poco lejos de mí, así, en el suelo. Yo te miraré con el rabillo del ojo y tú no dirás nada. El lenguaje es fuente de mal entendidos. Pero cada día podrás sentarte un poco más cerca...

Párrafos del Libro "El Principito" de Antoine De Saint-Exupery.

4.0 MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Los objetivos perseguidos en el manejo del niño dentro del consultorio dental, implican el convencimiento para que el niño reaccione favorablemente ante el tratamiento dental en el menor tiempo posible así como lograr que continúe en la mejor disposición para el mejor cuidado de la salud dental fuera del consultorio y de aceptar al odontólogo como la persona que le ha de ayudar a lograr esa salud.

En cuanto se refiere a la situación odontológica existe una diferencia importante entre el niño y el adulto.

Un adulto al solicitar el servicio dental podrá elegir si continúa o desiste de la atención dental de acuerdo a la satisfacción alcanzada.

Sin embargo, en el niño sucede que en su mayoría son obligados a volver nuevamente al consultorio dental después de su primera visita, aún a pesar de que no haya sido grata la primera experiencia.

Por esta razón y por la naturaleza propia de cada individuo se ha de buscar que el niño sea tratado de una manera especial de acuerdo a su naturaleza y sus necesidades.

Todo tratamiento médico u odontológico implica una relación entre paciente y profesional actuando esta relación en ambas direcciones. Sin embargo cuando se trata de un paciente niño, esta relación se hará más compleja pues serán tres las relaciones que se establezcan (padre, hijo y dentista) por lo que el dentista tendrá más cuidado para que esas relaciones sean armoniosas.

4.1 Actitud y capacidad del dentista ante el niño

Al tratar niños, el dentista se enfrenta con cierto número de problemas que no suelen presentarse en los adultos.

- 1) Debe convencer a los padres de la importancia de la Odontología preventiva para la salud futura de sus hijos.
- 2) Debe tener algunos conocimientos acerca de los factores que influyen en las reacciones del niño ante el ambiente del consultorio para poder ayudarlo a adaptarse al mismo en el menor tiempo posible.

- 3) Ha de instruir al personal auxiliar para que se haga cargo - del comportamiento del niño en el consultorio y ayude a preparararlo para que acepte el tratamiento dental.
- 4) Debe saber cómo comportarse tanto con el padre como con el - niño durante la consulta, de suerte que el tratamiento pueda desarrollarse de una manera tranquila y eficaz.
- 5) Ha de saber programar el tratamiento, de modo que el niño co - nozca gradualmente lo que es la asistencia dental y que sea adecuado a su nivel de desarrollo psicológico, así como a sus necesidades dentales.
- 6) Tiene que ser capaz de presentar el plan de tratamiento al - padre en forma inteligible y persuasiva para que éste compren - da la necesidad del tratamiento propuesto y esté dispuesto a aceptarlo.

Todos los padres esperan que el odontólogo domine por completo -- las situaciones y preste sus servicios de salud a sus hijos cual- quiera que sea la reacción del pequeño.

Pocos padres comprenden las desventajas para el dentista, en la -



El dentista habrá de instruir al personal auxiliar para que se haga cargo del comportamiento del niño y ayude a prepararlo para que acepte el tratamiento dental.

asistencia de un pequeño asustado, ansioso o de hecho opuesto al examen inicial y demás procedimientos; de aquí que el dentista deberá buscar el conocimiento acerca de la orientación sobre problemas de conducta, así como con los procedimientos de diagnóstico y tratamiento con el fin de que pueda cumplir su parte con la salud dental.

4.1.1 Personalidad del dentista.- El dentista siempre proyectará su interés por el niño y transmitirá su actitud positiva de los padres. Creará una motivación apropiada en los padres previendo las preguntas, "lo que vamos a hacer por su hijo" que es lo que les interesa, agregando los servicios específicos que se vayan a requerir para dar la completa atención dental.

El dentista será capaz de aplicar sus conocimientos técnicos-científicos cuando haya aprendido a conducirse de una manera cómoda y adecuada.

El odontólogo evitará perder dominio sobre sus emociones - de ira, enfado, angustia, etc., porque aparte de que no le permitirá razonar y actuar con mejor precisión, estas emo-

ciones serán captadas por el pequeño paciente que perderá la confianza en él y mostrará menos cooperación.

El dentista procurará crear una atmósfera de comprensión, consciente de que los niños nunca reaccionarán de la misma manera a causa de su dinámico crecimiento físico y desarrollo psicológico, lo cual hace que constantemente tengan -- distintos estados de ánimo, así como la adquisición de hábitos dejándolos y modificándolos.

Además el dentista tendrá siempre en cuenta que la edad -- psicológica del niño no siempre corresponde con la edad -- cronológica; pero que es muy importante considerar ambas -- edades para el diagnóstico de los problemas de conducta y en la planificación del tratamiento.

Es conveniente que al niño se le llame por su nombre o su diminutivo y que el dentista encuentre tema de conversación de acuerdo a los intereses del niño. No se le forzará a contestar; el trato se hará natural y familiar.

El exceso de entusiasmo e insistencia inquieta al niño. La

voz del odontólogo será modulada, natural y cálida. El ma
nejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y ex
periencia.

Es imperioso que el dentista tenga conocimientos de la ex-
periencia limitada del niño, de su período de atención bre-
ve y de su incapacidad para comunicar sus sentimientos. -
De aquí que el dentista podrá citar a sus pacientes niños
de dos o tres sesiones por semana con una duración breve -
que oscile entre los 30 y 45 minutos para evitar que su pa-
ciente se canse y se angustie.

En preescolares y escolares se considera que podrán sopor-
tar hasta una hora de duración, sin embargo esto dependerá
del estado emocional en que se encuentre el niño.

Si el pequeño está en edad de comprender, se le explicará
lo que se realizará de tratamiento ese día y se le dirá el
tiempo que ha de pasar en el sillón dental. No se deberá
realizar más tratamiento que el anunciado previamente.

También la hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento. No deberá darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que asisten al consultorio dental a la hora de la siesta estarán generalmente adormilados, irritables y por lo tanto, serán difíciles de tratar. Llorarán con facilidad y tendrán reducida su capacidad de soportar molestias.

Es conveniente que cuando los padres soliciten una cita, se les indique que la cita se hará fuera de la hora de su siesta.

4.1.2 Conversación.- Al tratar al paciente niño, el odontólogo se pondrá al mismo nivel, en posición y conversación en palabras e ideas. Será difícil que el niño comprenda si se usan palabras elevadas a su nivel de edad.

Se habrán de utilizar palabras sencillas y cotidianas, al seleccionar temas de conversación eligirá temas y situaciones que le sean familiares (juegos, amigos, pasatiempos).

Es bueno dejar que el pequeño lleve la conversación. Si el niño es pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También deberá evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esta es una ofensa para ellos.

Los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que son. Nunca se subestimaré la inteligencia del niño.

Si en el tratamiento el dentista tiene ambas manos e instrumentos en la boca del niño, no le hará preguntas que requieran respuesta. En ocasiones los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir por unos cuantos minutos el tratamiento.

- 4.1.3 Conocimiento del paciente infantil.- Es para el dentista una gran ventaja conocer al paciente infantil antes de que llegue a la silla dental. Cuando los padres llamen por primera vez para pedir cita, se podrá obtener información sobre el niño.

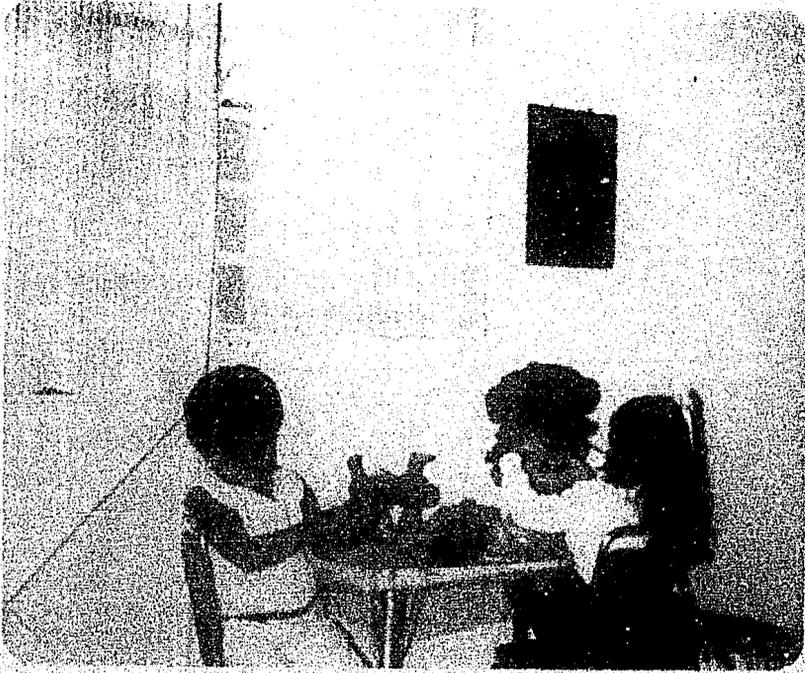
Preguntará el dentista cuánto sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales: ¿Teme el niño ir al dentista?, ¿Es nervioso?, ¿Se lleva bien con los adultos?, Ha estado en el hospital?, ¿Tiene miedo a su médico?.

Estas preguntas pueden dar idea del comportamiento esperado del niño, así como también ayudará el observarle una vez que se encuentre en la sala de recepción.

Si está sentado en el regazo de mamá o abrazado a ella, se pueden anticipar dificultades en el primer encuentro con el dentista debido al apego que el niño mantiene todavía con su madre.

Si al contrario, el niño se sienta solo o se pone a leer un libro o juega alejado de su madre, se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien ubicado para recibir atención dental.

En la primera visita se podrá obtener información completa con la Historia Clínica así como el conocer la familia del niño. Con estos conocimientos se podrá preveer su reacción



Se podrá suponer que el niño que se sienta so
lo o juega alejado de su mamá será emocional-
mente maduro.

al tratamiento dental.

4.1.4 Atención al paciente.- Todo paciente ha de recibir la atención completa del dentista. Cuando se trate a un paciente infantil muy pequeño, nunca se le dejará sentado solo en el sillón dental, ya que sus temores aún no disipados por completo podrán agrandarse. Si tiene que abandonar el dentista la sala de operaciones aunque sea por un minuto, se ha de asegurar que aunque sea se encuentre su ayudante. Sin embargo, si el niño está claramente atemorizado es mejor que el odontólogo no abandone en absoluto la sala.

Es recomendable que para este tipo de pacientes pequeños se permita a la madre entrar a la sala de operaciones, sentarla en el sillón dental y sobre su regazo al niño, con el fin de darle confianza; así mismo se indicará a la madre que los gritos que llegue a producir su hijo constituyen una respuesta normal, a su edad, y que de hecho facilitan el examen de la boca.

Se hará todo lo posible por realizar el trabajo en el mismo lugar evitando transferir al paciente infantil de una



En la atención dental del niño muy pequeño es recomendable que se permita a la madre sentarse en el sillón dental sosteniendo al pequeño en su regazo.

sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento, porque esto implica una nueva situación para el paciente infantil que le causará ansiedad.

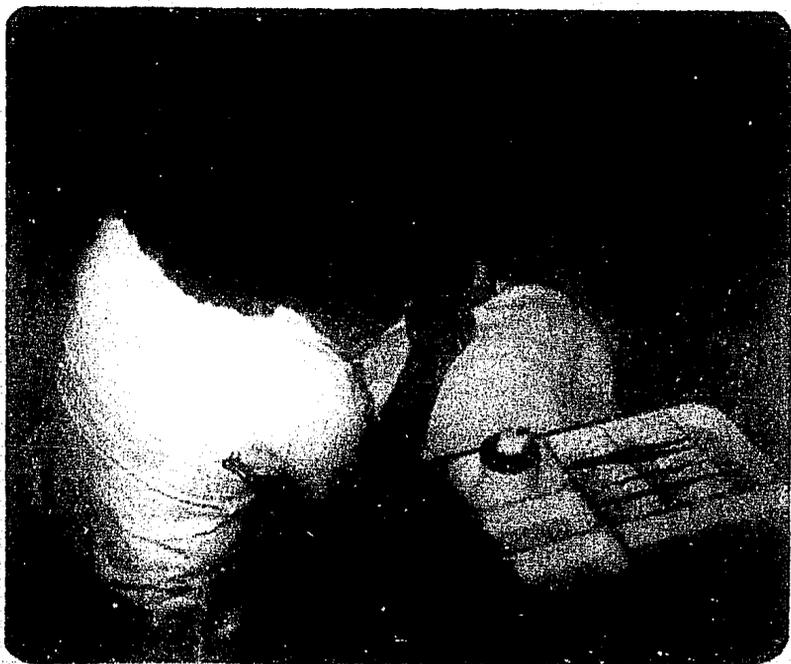
Para evitar sensaciones desagradables en el pequeño, el dentista acostumbrará lavarse las manos con agua caliente.

- 4.1.5 Habilidad y rapidez.- Por el breve tiempo de que se dispone en el trabajo dental para un paciente infantil, el trabajo del dentista se efectuará con destreza, rapidez y mínimo dolor. El ayudante deberá controlar al niño para facilitar los procedimientos operatorios que efectúe el dentista.

El dentista cuidará de tener los instrumentos necesarios a la mano para evitar pérdida de tiempo y mal trabajo, buscando que su labor sea de lo más sencillo y fácil.

El trabajo del dentista será suave y cuidadoso. El niño podrá soportar molestias si sabe que acabarán pronto.

- 4.1.6 Uso de palabras que no inspiren miedo.- El dentista evita



El dentista cuidará de tener los instrumentos necesarios a la mano para evitar pérdida de tiempo y mal trabajo.

rã el uso de palabras que inspiren miedo, utilizando palabras que los niños conocen y usan diariamente.

Ejemplos:

No decir

arrancar

inyectar, aguja

fresar

broca

dolor

cortar

Decir

retirar

piquete de una mosca

cepillar los dientes
para sacar los insectos malos

cucharas

molestia

separar

De este modo el dentista ha de explicar lo que se va a realizar sin provocar miedo en el paciente infantil.

Si el odontólogo considera que durante el tratamiento se va a provocar un dolor considerable, se debe explicar de la manera que se menciona anteriormente, porque se evita que el paciente infantil sea engañado y ayuda a conservar su confianza y su disposición para aceptar el tratamiento dental.

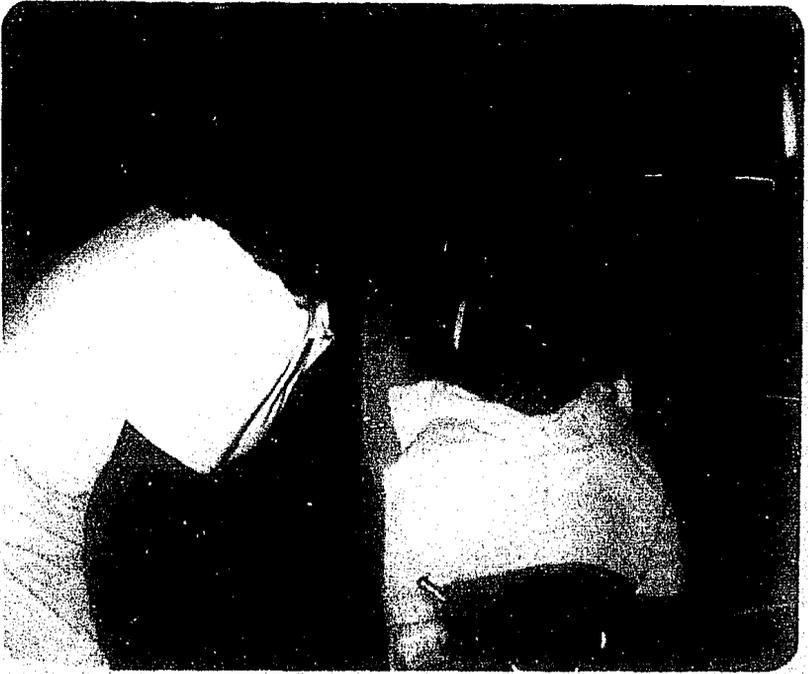
4.1.7 Uso de halagos y recompensas.- En el proceso de aprendizaje, el castigo y la recompensa son importantes. Existen - como recompensas regalos, estrellas, leves palmadas en la espalda, etc., pero se considera que la mayor recompensa - es que el dentista reconozca la conducta ejemplar que manifieste y se reconozca su mérito.

Cuando el niño presente una conducta positiva, el dentista reforzará esa conducta diciéndole que ese día se portó -- bien durante su tratamiento. Esto impondrá una meta a su comportamiento futuro y el pequeño hará todo lo posible por conservar ese nivel que él mismo estableció.

4.1.8 Efectos de soborno.- La acción de sobornar siempre dará - resultados negativos porque el niño se acostumbrará a comportarse mal para obtener más sobornos y concesiones.

Es fundamental que el dentista esté consciente de lo que - será un soborno y lo que será una recompensa. Se dice que la línea divisoria es muy tenue.

Una recompensa después de la visita, puede servir de sobor



Entre las recompensas que podrá dar el dentista al niño que se manifieste cooperativo son: regalos, estrellas, etc., pero la más importante es que el dentista reconozca su conducta ejemplar y le dé mérito.

no para que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, - en general el soborno se dará o se prometerá para inducir al niño al buen comportamiento.

La recompensa es reconocer que el niño tuvo buen comportamiento durante el tratamiento y que no se prometió antes - de iniciarlo.

Soborno es cuando se promete al niño antes de iniciar el - tratamiento o a cambio de un buen comportamiento. Los sobornos no tienen lugar en la Odontología.

4.1.9 Ordenes y sugerencias.- El dentista cuidará de no dar sugerencias al paciente porque le dá a elegir entre aceptar o rechazar. Si le dá a elegir no podrá considerar como -- mal comportamiento que el niño lo rechace. En cambio si - le dá una orden no hay más elección que aceptar. Si se -- niega, su comportamiento se vuelve automáticamente inaceptable.

Cuando se le ordene al niño se hará de una manera agradable, pero decidida. Se deberá ser firme si la situación - lo requiere.

4.1.10 El dentista y lo razonable.- Al tratar al paciente infantil el dentista será realista y razonable, buscará la simpatía con su paciente tratándolo como individuo con sentimientos y emociones y no como objeto inanimado en la silla.

Se respetarán las emociones del niño, pero si no están de acuerdo con el patrón deseado para trabajos dentales se tratará de modificar cuidando que no sufra mucha alteración el paciente infantil.

El odontólogo deberá dar oportunidad al niño a participar en los procedimientos, pues el niño sentirá que es parte del servicio que se está realizando y se interesará y cooperará más.

4.1.11 El dentista y la gracia.- A causa de que a los niños les asusta lo desconocido, el odontólogo cuidará de no realizar movimientos rápidos y bruscos que tiendan a atemorizarlos.

Los movimientos han de ser suaves y con gracia. Ejemplo:- Al bajar al niño y al inclinarle en el sillón dental, se -

hará con cuidado y con previo aviso para que no experimente la sensación de que se caerá. Cuando se le vaya a inyectar, la jeringa se elevará natural y deliberada.

Se ha de recordar que la Odontopediatría requiere de habilidad, gracia, conocimientos e inteligencia.

4.2 Diferentes reacciones del niño a la experiencia odontológica

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica: miedo, ansiedad, resistencia y timidez.

Como se ha mencionado anteriormente, el niño no siempre presenta una reacción definida o única. Podrán presentarse la combinación de varias de esas reacciones, por lo que se tornará más difícil el ubicar al niño en el campo dental.

4.2.1 El miedo.- Es una emoción natural básica de autoconservación que el niño experimenta ante una situación nueva.

Hay dos tipos de miedo que experimenta el niño en el consultorio dental:

- Miedo a lo desconocido y
- Miedo al dolor.

El grado de miedo y la reacción del niño dependerá mucho de su experiencia pasada, tanto en otros consultorios como la experiencia total de su vida, sobre todo en el hogar y que podrá ser conocida por el dentista mediante la Historia clínica.

Se ha de tomar en cuenta que aunque algunos niños exteriorizan su miedo con gritos y patadas, otros lo disimulan -- quedándose quietos y callados.

Es aquí en donde el dentista tendrá cuidado en detectar el grado de miedo que presente su paciente infantil y le motivará para que exponga sus temores, haciéndole preguntas como:

¿Sabes lo que hacen los dentistas?

¿Tienes miedo?

¿Hay algo que te molesta?

Mediante algunas preguntas como éstas, el niño expresará - su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica, etc. En estos casos el profesional podrá proceder a borrar esa idea con demostraciones y explicaciones que den confianza al pequeño.

En la primera sesión es recomendable que el dentista intente procedimientos simples no traumáticos, como son la enseñanza del cepillado, el uso de todos los instrumentos y -- gradualmente aumentar los procedimientos normales de rutina.

El tono de voz del dentista influirá mucho en la reacción del niño, por lo que se cuidará que ésta sea clara, suave y sólo en escasas ocasiones puede ser necesario emplear alguna forma de restricción en particular en una emergencia, con el fin de dominar los temores del niño.

4.2.2 La ansiedad. - Está muy relacionada con el estado de temor, los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; su reacción puede ser violentamente

agresiva, ejemplo: una rabieta dentro del consultorio dental. En estos casos el odontólogo se percatará que la rabieta sea de temor y no de una conducta adoptada en el hogar, por una educación deficiente.

Si el niño realmente está asustado, el odontólogo será comprensivo y habrá de proceder con mucho cariño. Pero si el niño está en una demostración claramente de rabieta por hábito, el dentista mostrará su dominio y aplicará su autoridad con firmeza.

4.2.3 La resistencia.- Es una manifestación de conducta que el niño utiliza como una rebelión al miedo que experimenta.

4.2.4 La timidez.- Es una reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso del paciente de primera vez.- Suele relacionarse esta timidez con su experiencia social que sea limitada con el miedo que experimenta ante su nueva situación.

Por otra parte, la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o -- que aún lo protegen demasiado.

4.3 Aspectos a considerar en la orientación de la conducta del niño dentro del consultorio dental

- a) El manejo exitoso del niño depende del cariño, la firmeza, el sentido del humor y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.
- b) El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea de que el trabajo es importante y esencial para el bienestar del niño.
- c) Algunos psicólogos declaran que los miembros de un equipo de salud deberán evitar todo conflicto o lucha con el niño. Sin embargo, si el niño se resistiera al tratamiento odontológico, la "lucha" se instituye y deberá ser el dentista quien gane.
- d) Si el niño demuestra un mal hábito, debe ser rechazado o vencido desde el comienzo.
- e) El odontólogo buscará la simpatía con su paciente niño y la transferencia de la confianza, seguridad y entusiasmo.
- f) El odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos con elogios y debe esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

- g) Cuando el niño no conceda la importancia del trabajo que esté efectuando el dentista, éste deberá mantener su enfoque positivo y se valdrá de la voz para controlar al pequeño, y si no se tuviera éxito, se recurrirá a otro tipo de restricción para crear la imagen de que va a ser constante el esfuerzo por proporcionar el debido servicio dental.

**5.0 MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN ODONTOPEDIATRIA
PARA EL CONTROL DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD**

Por muchos triunfos que consiga la mente,
por muchos dones que enriquezca a la humanidad,
no habrá en el transcurso de los siglos
una hora más dulce que aquella
en que la esperanza, la duda y el temor
contemplaron en medio de un profundo
silencio a un cerebro audaz, decretar
con voluntad casi divina, la muerte del dolor.

William T.G. Morton

(1846)

5.0 MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN ODONTOPEDIATRIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD

5.1 Generalidades

En capítulos anteriores, se hizo mención acerca de las medidas psicológicas de las que el odontólogo se auxiliará, para lograr la cooperación del paciente infantil, buscando desvanecer el miedo, la ansiedad y las aprensiones al dolor.

No obstante de la aplicación de estas orientaciones psicológicas se requerirá en ocasiones de la necesidad de hacer uso de algunos fármacos que ayudarán a causar el menor daño psicológico y físico del infante.

Cabe decir que el manejo de fármacos se habrá de llevar con el más sumo cuidado, teniendo siempre presente que todo fármaco es droga, sustancia que produce alteraciones en la función o la estructura del tejido vivo y así como le habrá de auxiliar en su tarea profesional, así también podrán causarle problemas si no son dosificados adecuadamente.

En los niños, el hígado y los sistemas enzimáticos están subdesarrollados y éstos son los principales factores desintoxicantes de las drogas. Una fisiología inmadura no puede responder a -- ciertos agentes, excepto en cantidades mínimas. Se ha comprobado que las drogas pueden causar daños permanentes deteniendo el crecimiento o la maduración de determinados órganos y sistemas, considerándose que entre más pequeño sea el niño, la mala dosificación de un fármaco provocará un mayor problema.

La evaluación rica en antecedentes acerca de las anomalías congénitas y adquiridas, así como los antecedentes nosológicos anteriores o actuales, dictarán el grado de necesidad y la influencia de la dosis.

En la práctica de pediatría los fármacos más comúnmente utilizados son los antibióticos, analgésicos, tranquilizantes, sedantes y anestésicos; categorías en las que la respuesta del niño difiere ampliamente con respecto al adulto.

La elección, la combinación y la dosificación de estas identidades farmacológicas serán, tomando en cuenta el tamaño, edad, peso, actividad y la vivacidad del paciente infantil.

El método más exacto para determinar la posología normal que es básica para un tratamiento eficaz, tiene en cuenta la superficie cutánea del cuerpo del niño. Este método rápido y seguro, basado en las cifras del peso y la superficie corporal, tiene la siguiente fórmula de aplicación: $0.7 \times \text{peso} \times 10 = \% \text{ de la dosis del adulto}$.

Dentro de las indicaciones generales en la dosificación de cualquier droga se habrá de dar tiempo suficiente para que resulte eficaz, solicitando de los padres la observación necesaria en los efectos de la droga sobre el niño.

El odontólogo determinará la necesidad de aumentar la ayuda farmacológica de acuerdo al requerimiento de cada caso infantil.

GUIA PARA ELEGIR EL FARMACO ADECUADO AL PACIENTE INFANTIL

1. Identificará claramente el tratamiento que va a realizar.
2. Decidirá cuanto tiempo se necesitará en circunstancias razonables.
3. Estimaré o determinará cuanta molestia será causada y que efecto tendrá en el paciente.

4. Decidirá cuanta conducta trastornadora se puede aceptar sin - sacrificar la calidad del tratamiento.
5. Si se preve, que ocurrirá demasiada conducta trastornadora o si el procedimiento va a ser demasiado exigente para el paciente, decidirá si el dolor o ansiedad o ambos, necesita medidas especiales.
6. Escogerá las drogas que proporcionarán el alivio necesario.
7. Escogerá la dosis, vías de administración y horas de aplicación o suministro que probablemente lograrán la modificación deseada de la conducta.
8. Un adulto deberá acompañar al paciente infantil.
9. Deberá hacerse una supervisión estricta en el consultorio.
10. Esperar un tiempo razonable después de la administración.
11. Los padres deben supervisar a sus hijos de cerca después de administrar una droga.
12. Es esencial un medio ambiente tranquilo.
13. Los reflejos vitales no deberán ser abatidos.
14. No usar nunca premedicaciones durante alguna enfermedad aguda.
15. Habrá de explicarse a los padres las reglas posoperatorias.
16. El dentista debe conocer los efectos de la droga y sus efectos secundarios.

17. Debe haber disponible medicación de urgencia.

En odontopediatría se presenta una clasificación de cada grupo farmacológico utilizado de acuerdo a la necesidad del paciente.

En el caso de la elevación en el umbral al dolor son utilizados los analgésicos y anestésicos y en los casos clínicos de ansiedad y miedo está la aplicación de los sedantes y tranquilizantes.

ANALGESIA Y ANESTESIA EN EL PACIENTE INFANTIL

El dolor, factor importante en el ejercicio clínico del odontólogo, juega un papel importante en el éxito o fracaso de éste. Hasta la fecha no se ha logrado obtener una definición específica que determine lo que es el dolor; sin embargo en términos generales se considera que el dolor es una sensación que estriba en malestar y sufrimiento siendo particular de cada persona y caracterizada por tener su propia estructura, función y percepción, provocándose alteración en la conducta y disposición del paciente para su tratamiento.

Desde el punto de vista fisiológico el dolor se origina por una .

estimulación nociva, la cual provoca que se produzcan sustancias químicas (como la histamina, prostaglandina, broadiquinina), que son capaces de activar los nociceptores primarios que son fibras nerviosas periféricas y que entablan sinapsis, con los nociceptores secundarios que se hayan en el S.N.C.

El primer paso es que los nociceptores primarios activan a dos poblaciones distintas de células que se proyectan en dirección central, dándole una característica bifásica de la sensación dolorosa: un "primer dolor" que es rápido, lacerante y preciso, y un "segundo dolor", que es más tardío, más apagado y más difuso.

Un segundo paso importante que ocurre en la región del subnúcleo caudal es la neuromodulación que origina dos umbrales del dolor: un umbral de percepción que es el nivel mínimo de estimulación nociva que se percibe como doloroso y un umbral de tolerancia o dereacción más alto y que constituye el nivel más bajo de estimulación nociva que no se puede tolerar originando intentos de evitación refleja defensiva.

Es aquí donde los analgésicos y anestésicos son los auxiliares -

del odontólogo en el control del dolor del paciente.

La clasificación de analgésicos y anestésicos en la aplicación infantil es la siguiente:

		Morfina SO 4 (Sulfato de Morfina)
	Narcóticos	Fosfato de Codeina (Alcaloide del Opio)
		Meperidina " demerol " (Opiaceo Sintético)
ANALGESICOS		
		Aspirina
	No Narcóticos	A.P.C. (aspirina-fenaceti- na-cafeina)
		Propoxifeno "Darvón"
		Oxido Nitroso y O ₂ (Analgesia Relativa)
		Clorhidrato de diclonina al 5%
ANESTESICOS	Tópicos	Nevapaina-benzocaina-te- traciclina "Novocol" Tetracaina Xilocaína

	Xilocaina
	Citanest
	Carbocain
Locales	Duranest
	Marcaína
	Rucaína

5.2 Analgésicos

5.2.1 Analgésicos Narcóticos.- En cuanto a los analgésicos, el uso de los narcóticos se encuentra restringido, porque -- además de su acción analgésica da una sensación de bienestar singular y que es lo que crea adicción. Entre estos analgésicos están la morfina, codeína y meperidina.

- La morfina. Alcaloide del opio, entre sus acciones benéficas es el de suprimir dolor, temor y ansiedad así como abolir el reflejo tusígeno; no obstante, es un fármaco peligroso, muy tóxico. Sus efectos principales se ejercen sobre el S.N.C., - el aparato respiratorio y el tubo digestivo.

En el sistema nervioso central produce una analgesia profunda y con el aumento de la dosis hace dormir; en su efecto analgésico aparece euforia, placidez emocional y disminución de los

temblores musculares. Estas propiedades son las responsables de la adicción, que conducen progresivamente a la toxicidad - por sobredosis y alteraciones peligrosas del funcionamiento - corporal.

Sobre el centro respiratorio bulbar ejerce un poderoso efecto por lo cual reduce tanto la frecuencia como el volumen respiratorio; esta acción puede manifestarse aún con pequeñas dosis. Es importante saber que en pacientes asmáticos puede -- provocar broncoconstricción que llega a ser letal. Así tam-- bién se deberá tener cuidado en la aplicación para aquellos - pacientes con enfisema, bronquiectasias y neumoconiosis,

En el tubo digestivo, contrae los esfínteres, aumenta el tono muscular del intestino (espasmo), provoca constipación e irri-- ta los quimiorreceptores bulbares produciendo náuseas y vómi-- to. En pacientes con trauma cefálica no se aplicará debido a que provoca presión intracraneal y en pacientes diabéticos ni-- ños también está contraindicada, porque la morfina tiene efec-- tos hiperglucemiantes.

Como la morfina se metaboliza en el hígado, su acción llega a

prolongarse excesivamente en pacientes niños cirróticos por lo que también deberá de evitarse en lo posible.

El hipotiroidismo y la anemia son otros estados patológicos en los que aún con pequeñas dosis de este analgésico llega a ser tóxico.

En la intoxicación aguda por la morfina tiene las siguientes manifestaciones: mezcla irregular de excitación y depresión del sistema nervioso central, con depresión selectiva del centro respiratorio (respiración lenta superficial y suspirante, seguida de inconciencia, cianosis y contracción de las pupilas); a medida que la depresión avanza, la respiración se vuelve lenta y entrecortada, la postración aumenta, se pierden los reflejos y se produce relajación muscular, la piel está pálida, fría, húmeda y las pupilas se dilatan; los latidos del corazón, lentos al principio, se tornan irregulares, rápidos y débiles y la presión arterial cae; pueden producirse convulsiones poco antes de la parálisis y la muerte.

Generalmente la morfina por ser de gran potencia y capaz de producir adicción se reserva para dolores intolerables que

ocurren muy rara vez en los niños.

La dosificación que se presenta en el sulfato de morfina es: - 0.12 - 0.2 mg./kg, cada 4 hrs. según sea necesario (no más de 10 mg. por dosis); asultos = 10 a 15 mg.; lactantes iniciar con la mitad de la dosis IV, 0.2 mg./kg./dosis.

- Coideina. Menos eficaz que la morfina, su poder analgésico es aproximadamente 6 veces menor que el de la morfina, además su potencia sedante no aumenta con el incremento de la dosis así como la ausencia de euforia que le da más la seguridad de no crear adicción. Su toxicidad es baja en comparación con la morfina por lo que se convierte en una droga más segura para los pacientes diabéticos, cirróticos, con problemas respiratorios crónicos. Entre sus contraindicaciones se encuentran el de producir irritación cerebral y medular, presentándose delirio, coma y convulsiones en la sobredosis; se metaboliza en el hígado y se excreta principalmente en la orina y es soluble en el agua.

En odontología infantil es utilizado el fosfato de codeína y que es 20 veces menor eficaz que la morfina. La dosificación

promedio de medicamentos para los niños es la siguiente: vfa bucal 0.8 a 1.5 mg./kg. como dosis única sedante o analgésico; 3 mg./kg./dfa.

- La meperidina. Analgésico narcótico, opiáceo sintético soluble en agua. Su principal acción la ejerce en el S.N.C., es semejante a la acción de la morfina; ambas deprimen la respiración en el mismo grado, disminuyendo la sensibilidad de los centros respiratorios del tallo encefálico al CO_2 y afectan los centros protuberanciales que participan en la regulación del ritmo respiratorio, pero en dosis tóxicas la meperidina difiere de la morfina pues las características que se presentan es excitación al S.N.C. que se manifiesta en temblor, contracciones fasciculares y convulsiones.

La meperidina se metaboliza principalmente en el hígado y se excreta una parte en la orina.

Entre los nombres patentados de la meperidina está el Demerol, Dolantina, Dolantol y Eudolal.

En el uso odontológico para el paciente infantil encontramos -

tabletas de clorhidrato de meperidina de 50 a 100 mg. y el jarabe de clorhidrato de meperidina que contiene de 50 mg./5 ml. o 10 mg./ml.

Cuando el dolor es moderado o intenso en los adultos, se les suministra 100 mg. por vía parenteral, pero en pacientes niños se calculará la dosis en proporción a su peso.

La meperidina en dosis terapéuticas puede causar varios efectos indeseables, la mayoría de los cuales ligeros y transitorios. No guardan relación con la edad, sexo o la enfermedad del paciente y entre ellos están el mareo, vómito, trastornos de la visión, palpitaciones, disforia, síncope y sedación.

En la interacción con otros fármacos se habrá de tomar en cuenta que si se aplica la meperidina simultáneamente con fenotiazinas y antidepresores se provocará el aumento notable de los efectos depresores de la respiración.

También se pueden presentar reacciones graves cuando se aplica a pacientes que están bajo tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa, que se manifiesta por excitación, delirio y -

convulsiones o por depresión respiratoria intensa y cianosis sin hipotensión.

Toda acción de la meperidina puede antagonizarse con nalorfin--na.

5.2.2 Analgésicos No Narcóticos

- Aspirina. Ester del ácido acético del ácido salicílico, su acción antipirética actúa sobre el hipotálamo para regular la temperatura corporal, es analgésico que actúa en el S.N.C. se cree que el sitio de acción es subcortical, puesto que en dosis analgésicas no causa trastornos mentales, hipnosis o alteraciones en forma de sensibilidad distintas al dolor.

La aspirina es utilizada para aquellos dolores de moderada intensidad.

Cuando se sucede un cuadro tóxico se presenta confusión mental, mareo, zumbido de oídos, sordera a los tonos altos, delirio, psicosis, estupor y coma, el S.N.C. es estimulado seguido de depresión, se presenta hiperventilación que se manifiesta --

por aumento de la profundidad y de la frecuencia respiratoria; se pueden presentar hemorragias gastrointestinales, trastornos del equilibrio ácido-base, deshidratación, diuresis, vómito, anorexia.

Es mínimo el porcentaje de casos de alergia a la aspirina la cual se puede manifestar por reacciones anafilácticas de tipo urticario o asmático, deberá evitarse en pacientes asmáticos que puede alterar la respiración. También se evitará en pacientes con úlcera gastrointestinal y enfermedad ótica.

Es un analgésico de empleo muy frecuente por su efectividad, amplio campo de acción, disponibilidad, bajo costo y escasa toxicidad.

Además de sus propiedades analgésicas, muchas drogas de este grupo son antipiréticas, antiinflamatorias, antirreumáticas y favorecen la uricosuria.

La dosis analgésica es la siguiente: 65 mg./años de edad/dosis (para niños).

La aspirina se expende en tabletas (de 0.15; 0.3 y 0.6 g.) cápsulas (0.5 y 0.3 g.) y supositorios (0.125, 0.3 y 0.6 g.)

La vía de administración es casi siempre la bucal aunque en determinadas ocasiones se hace por vía rectal asociada con amídn.

- A.P.C.- Analgésico compuesto de aspirina, fenacetina y cafeína combinación que se hace para aumentar la acción analgésica, aunque la cafeína no tiene efecto analgésico y no hay pruebas de que potencialice el efecto analgésico de la fenacetina y aspirina; su presencia se justifica de que tiene efectos cerebrales que alivian la tensión que contribuyen a ciertas cefáleas, además mejora el estado de ánimo de algunas personas.

La intoxicación suele ser la misma de los salicilatos y los para-amino fenol. Los signos y síntomas suelen consistir en trastornos gastrointestinales, úlcera péptica, anemia, metahemoglobinemia y lesión renal.

- El propoxifeno.- Analgésico que actúa sobre el S.N.C. menos potente que la codeína, se absorbe por vía bucal y parental se

metaboliza en el hígado el 90% y se excreta el 10% restante en la orina. Cuando se aplica en forma parenteral ocasiona ardor e irritación en el sitio de inyección y ofrece poca ventaja sobre los analgésicos más antiguos.

Los efectos secundarios son parecidos a los de la codeína (náuseas, anorexia, estreñimiento y dolor abdominal), es algo menor con el propoxifeno cuando es suministrado a dosis iguales. En dosis tóxicas moderadas suelen producir depresión del S.N.C. y de la respiración pero en dosis mayores el cuadro se complica por convulsiones además de la depresión respiratoria.

La nalorfina es el fármaco utilizado como antagonista.

Este fármaco crea adicción pero se aminoriza por los efectos secundarios desagradables que se presentan.

El propoxifeno se usa para el tratamiento del dolor leve o moderado que no se alivia por la aspirina que es menos eficaz.

Este medicamento se presenta como clorhidrato de propoxifeno - (Darvón) que contiene de 32 a 65 mg.; cápsulas de clorhidrato

de propoxifeno con aspirina, (Darvón compuesto). Dosificación para infante: 3 mg./kg./vfa bucal.

- Oxido nitroso.- (Analgesia relativa). "Gas inhalante como -- analgésico se utiliza 10 volúmenes por cien para su efecto pero la concentración óptima de este gas para producir analgesia máxima conservando la colaboración del enfermo es de 35 por -- 100 aproximadamente combinado con un 20% o más con oxígeno para evitar la hipoxia.

En odontología se han obtenido buenas experiencias en niños pacientes cuidando la mezcla de óxido nitroso y oxígeno.

En el estado de analgesia el paciente presenta euforia. Es de indicar que en ocasiones se presentan alucinaciones y la agitación que regularmente provoca, cualquiera que sea la concentración, puede originar cuadros de hipermotilidad perjudiciales para pacientes con salud.

En esta práctica se necesita de entrenamiento especial para saber el uso adecuado de esta técnica analgésica.

5.3 Anestésicos

Fármacos que se utilizan como auxiliares en Odontopediatría y - son clasificados en tópicos, locales y generales; estos últimos que tienen un uso ocasional en la práctica general del odontólogo se suprimen en el estudio de este capítulo por ser de servicio especial.

5.3.1 Anestésico Local.- Fármaco que bloquea la conducción en los axones del sistema nervioso periférico, en todos los tipos de fibras nerviosas con la ventaja de que su acción es reversible.

Entre las propiedades que los anestésicos locales han de tener son:

1. No deben ser irritantes a los tejidos donde se apliquen ni -- causar lesión permanente en la estructura del nervio.
2. Será de baja toxicidad.
3. Será eficaz por inyección en el tejido, y en aplicación tópica en las mucosas.
4. Que su acción se prolongue el tiempo necesario para efectuar

el acto quirúrgico.

Entre las propiedades físicas de un anestésico local está:

1. Que sea hidrosoluble y estable en la solución.
2. Que se logre esterilizar en la auto clave sin que se deteriore.

Los anestésicos locales suelen presentarse en sales hidrosolubles, generalmente en clorhidratos. Como la duración de la acción del anestésico local es proporcional al tiempo en que el anestésico se haya en contacto con el tejido nervioso, se hace uso de sustancias vasoconstrictoras que disminuyen el calibre de los vasos sanguíneos impidiendo la absorción del anestésico. Esto es con el fin de prolongar el período de anestesia en el sitio de su aplicación.

Entre las sustancias vasoconstrictoras que se añaden en algunos anestésicos locales son la adrenalina, la noraadrenalina, la feni-
lefrina y la vasopresina.

La adrenalina desempeña un doble papel: /

- a) Disminuye la absorción del anestésico local localizándolo únicamente en el sitio deseado.
- b) Regula el ritmo con que el anestésico local es absorbido y -- también regula la eliminación del organismo, ayudando a evitar toxicidad.

Algunos vasoconstrictores se absorben por vfa general, quizá en grado excesivo y a veces dan origen a reacciones indeseables, como: inquietud, aumento de la frecuencia cardíaca, palpitaciones y dolor precordial. Puede demorar la cicatrización de la herida y producir edema tisular o necrosis.

La vasopresina sintética pura de que se dispone produce vasoconstricción sin aumentar el metabolismo del tejido y causa menos lesión tisular local.

Todos los anestésicos locales estimulan el S.N.C.; en sobredosis suele provocar inquietud, temblores que adquiere a veces las características de convulsiones crónicas.

En general los anestésicos más potentes son los que producen convulsiones con una mayor facilidad. La estimulación central es -

seguida de depresión y la muerte suele deberse a paro respiratorio.

En el aparato cardiovascular actúan principalmente en el miocardio en el que disminuye la excitabilidad eléctrica, la velocidad de conducción y la fuerza de contracción, además produce dilatación arteriolar. Estos efectos cardiovasculares suelen observarse en grandes concentraciones, sin embargo llega a suceder que con mínimas dosis se presenten y se produzcan, pero se cree que se debe a paro cardíaco por acción en el marcapaso o a iniciación súbita de fibrilación centricular.

Algunas personas llegan a tener hipersensibilidad a los anestésicos locales presentando reacciones como dermatitis alérgica, ataque asmático o reacción anafiláctica mortal.

La hipersensibilidad es mayor con los anestésicos locales estériles y a menudo se extiende a todos los compuestos químicamente afines.

Es importante saber que los anestésicos tópicos se absorben con mayor rapidez por las mucosas que a nivel de cualquier otro tejido.

Los anestésicos locales se clasifican de acuerdo a su estructura química lo que permite que se pueda sustituir uno por otro cuando se sospeche la presencia de alergia.

CLASIFICACION DE LOS ANESTESICOS SEGUN SU COMPUESTO QUIMICO

I. Esteres del ácido benzoico:

- * Metocaina (Piperocaina)
- * Kinocaina (Kincaïne)

II. Esteres del ácido paraaminobenzoico:

- * Procaina (Novocaina)
- * Tetracaina (Pantocaina)
- * Monocaina (Butetamida)
- * Rovocaina (Propoxicaina)
- * Hiesacaina (2 Cloroprocaína)
- * Duocaina (Procaina y butetamina)

III. Esteres metaaminobenzoicos:

- * Unacaina (Metabutetamina)
- * Primacaina (Primacaine)

IV. Esteres del ácido paraetoxibenzoico:

* Intracaina (Dietoxin)

V. Ciclohexilamino-2-propiibenzoato:

* Cyclaine (Hexilcaina)

VI. Anilidas o amidas

* Marcaina (Bupicaina)

* Duranest (Etidocaina)

* Xilocaina (Lidocaina)

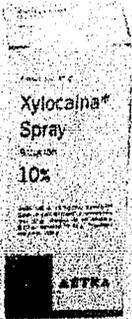
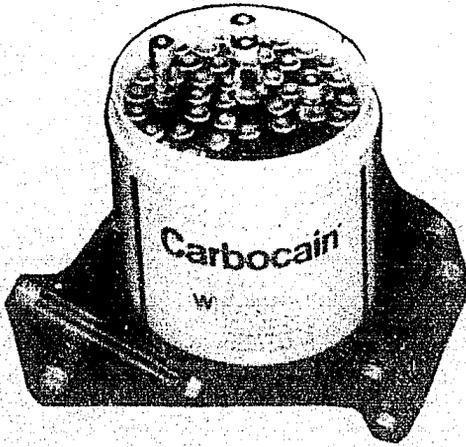
* Carbocain (Mepivacaina)

* Citanest (Propiticaína)

* Tarracine (Cuanticaína)

A continuación se dan las características particulares de algunos anestésicos ya enlistados y que son los más utilizados en el consultorio dental.

- Lidocaina. - También llamada Xilocaina. Potente anestésico local que se emplea mucho para anestesia por inyección o tópica. Produce anestesia más rápida, más intensa, de mayor duración y más extensa que la procaina en concentración igual.



Clase de Anestésicos empleados en odontología.

Las soluciones de lidocaina son adecuadas para efectuar anestesia por infiltración (0.5 por 100) y se emplea tópicamente para producir anestesia en las mucosas (1 a 2 por 100).

Es eficaz cuando se usa sin un vasoconstrictor, pero en esta forma aumenta su absorción y toxicidad y disminuye la duración de su acción. Sin embargo, parece ser el anestésico de elección en las personas hipersensibles a la adrenalina y sus congéneres. Un notable efecto sucesivo de la lidocaina se expende en soluciones de 0.5 a 5.0 por 100 con adrenalina o sin ella; en pomada (2.5 a 5 por 100).

- Clorhidrato de Mepivacaina.- Llamado también clorhidrato de carbocaina, es un anestésico local tipo de las amidas. Sus propiedades farmacológicas son similares a las de la lidocaina. Su acción tiene un comienzo más rápido y dura un poco más que la lidocaina. Se emplea como anestesia por infiltración, anestesia regional por bloqueo nervioso. El clorhidrato de mepivacaina se expende en soluciones inyectables (1.0, 1.5 y 2.0 por 100).

- Clorhidrato de Prilocaina.- Llamado también Citanest, es un -

anestésico local del tipo amida. Sus propiedades farmacológicas son semejantes a las de lidocaina, a la que se parece químicamente, tiene comienzo de acción más lenta, pero la acción es más duradera. Como la lidocaina, puede producir somnolencia. - Un efecto tóxico es la metahemoglobinemia.

Se emplea como anestesia por filtración, anestesia regional por bloqueo. Se expende en soluciones de 1.0, 2.0 y 3.0 por 100 para inyecciones.

5.4 Sedación a pacientes infantiles

La premedicación al paciente infantil es utilizada en ocasiones dentro del consultorio dental, para aquellos pacientes niños que se manifiesten aprensivos, ansiosos y alterados en su conducta, que no permiten la aplicación adecuada de la técnica de trabajo que facilite el desarrollo óptimo de la misma.

Para ello se necesita del auxilio de los calmantes que van a modificar la conducta del paciente, de manera que permita la cooperación en el tratamiento a efectuar.

En el siguiente cuadro se enmarcan los principales fármacos utilizados en odontopediatría para mejorar el estado de cooperación en el paciente infantil.

5.4.1 Psicofármacos. - Medicamentos que actúan selectivamente sobre la actividad mental o psíquica.

La clasificación de los psicofármacos según su acción farmacológica tomando en cuenta su acción depresora, estimulante o perturbadora de la actividad psíquica:

- I. Estimulantes o Psicoanalépticos
- II. Calmantes, Depresores o Psicolépticos
- III. Psicotóxicos o Psicotamiméticos o Alucinógenos o Psicodélicos.

Los calmantes o Psicolépticos del grupo II son los únicos realmente usados como psicofármacos en odontología.

El efecto más importante de los calmantes o psicolépticos es la inhibición de la actividad del sistema nervioso central. Esta -- puede ejercerse de una manera general y relativamente inespecífica.

ca o ser muy selectiva. De acuerdo a ello, sus efectos son diversos por lo que se les subclasifican; los de acción menos selectiva quedan dentro de los hipnosedantes y los que constituyen dos - grupos diferentes: neurolépticos o antipsicóticos y los tranquilizantes.

Calmantes	a) Hipnosedantes.- Depresores no selectivos
Depresores o	b) Neurolépticos
Psicolépticos	c) Tranquilizantes.- Depresores selectivos

Dentro de los psicofármacos los calmantes son los de interés odontológico.

5.4.1.1 Hipnosedantes.- Fármacos depresores no selectivos del sistema nervioso central; se describe como una disminución progresiva descendente y sucesiva de la función de los centros nerviosos.

Primero afecta la corteza, los núcleos grises centrales y el cerebelo; luego -saltando el bulbo- la médula espinal y finalmente - los centros bulbares.

De acuerdo a la graduación de la intensidad de la acción de los hipnosedantes de mayor a menor se presentan una serie de efectos que son:

- a) Primero una depresión suave de los centros superiores con atenuación de la hiperexcitabilidad. Este fenómeno toma el nombre de sedación. En los animales de experimentación se manifiesta por una disminución de la actividad espontánea y una mayor indiferencia frente a los estímulos externos.
- b) Una acción más marcada produce hipnosis (induce al sueño normal).
- c) Una acción más enérgica del fármaco provoca anestesia general (Pérdida de conciencia, sensibilidad y de la actividad motora voluntaria con disminución de la actividad refleja).
- d) Si se aumenta aún más la concentración del hipnosedante se logran niveles sin utilidad farmacológica que producen efectos netamente tóxicos. Ellos se caracterizan principalmente por una intensa depresión del sistema nervioso o estado de coma, con una gran depresión del centro respiratorio que puede lle--

var al paciente a la apnea.

- e) Un efecto que presentan muchos de los hipnosedantes pero que no tienen una estricta correspondencia con ellos es el anti-convulsionante.

Entre los hipnosedantes tenemos a los barbitúricos y los no barbitúricos.

Hipnosedantes	Barbitúricos	Fenobarbital (Luminal)
		Amobarbital Amytal
		Pentobarbital Sódico (Hembutal Sódico)
		Secobarbital (Seconal)
		Tiopental Sódico (Pentotal Sódico)
		Hidrato de Cloral (alcohol alifático)
No Barbitúricos	Paraldehido	
	Derivados Glutamiridos	

Hipnosedantes Barbitúricos.- Fármacos que constituyen el grupo más importante de los hipnosedantes. Se usan en odontología por sus efectos clínicamente detectables con sedantes, hipnóticos y anestésicos generales y cada acción de ésta va de acuerdo al grado de depresión que provoca en el S.N.C., son consideradas con un buen margen terapéutico aunque son capaces de producir farmacodependencia.

Son pocos solubles en agua y más solubles en lípidos. De acuerdo a la duración de su acción se pueden clasificar en:

Sedantes	Acción Prolongada	- Fenobarbital
e	Acción Intermedia	- Amobarbital
Hipnóticos	Acción Corta	- Pentobarbital
		- Secobarbital
Anestésicos Generales	Acción Ultracorta	- Tiopental Sódico

Los barbitúricos deprimen las funciones de numerosos tejidos. -- Disminuyen el consumo de oxígeno y modifican la actividad enzimática. Sus efectos más notables se llevan a cabo sobre la excitación y la conductibilidad. El sistema nervioso central es el más sensible a sus acciones.

A diferencia de los hipno-analgésicos, no producen analgesia; -- por lo que sólo tienen un papel complementario en el tratamiento del dolor, disminuyendo la ansiedad y facilitando el sueño.

Acción Sedante. -- Este efecto se consigue en dosis menores y es difícil diferenciarlo clínicamente de la acción de los ansiolíticos. La sedación se realiza teóricamente sin depresión de las facultades intelectuales. Sin embargo cuando se hacen las prue-

bas adecuadas se nota una disminución de ciertas funciones psíquicas como la atención y la capacidad de coordinación refleja, especialmente de los reflejos condicionados.

Los barbitúricos por vía bucal, rectal o parenteral, son bien absorbidos por ser relativamente liposolubles; una vez introducidas al medio interno se fijan en las proteínas del plasma y se distribuye ampliamente por todos los tejidos, pasan las barreras hematoencefálica llegando en concentraciones suficientes al sistema nervioso central, su eliminación se realiza por excreción renal y por biotransformación.

Indicaciones y Contraindicaciones.

Se cree que posiblemente los mecanismos alérgicos jueguen un papel de importancia en las discrasias sanguíneas, especialmente en la anemia megaloblástica que aparece en la intoxicación crónica.

Si se ingieren en forma prolongada son capaces de provocar farmacodependencia o toxicomanía.

En la supresión de los barbitúricos cuando ya existe farmacode-

pendencia el síndrome de abstinencia suele ser grave y puede incluso llevar a la muerte del paciente.

En personas predispuestas, especialmente en los ancianos y niños, la sedación o la hipnosis, en casos raros, puede hallarse precedida o sustituida por un período de excitación y de confusión.

Los barbitúricos no se habrán de emplear cuando se ingiere reserpina, alcohol, antihistamínicos porque ocasiona una depresión brusca e inesperada de las funciones vitales.

En la enfermedad de la porfiria y en las insuficiencias respiratorias queda prohibida la dosificación de barbitúricos ya que es mortal.

En odontología pediátrica se utilizarán los barbitúricos como sedantes en pacientes muy aprensivos, con mucho temor o en los que siendo muy sensibles no deban ser sometidos a stress. Pueden usarse antes de intervenciones bucales importantes y después de las mismas.

- Cuando se necesite obtener una sedación permanente se prefie-

ren los de acción prolongada o intermedia. En cambio para sedación preoperatoria suelen usarse de acción corta,

- Se utilizarán como complemento de la acción de los analgésicos, ya que pueden potenciar la acción de éstos pese a no tener acciones analgésicas.
- Se le da una propiedad anticonvulsiva en la aplicación de anestésicos locales.
- Disminuye la acción de las corticosteroides y de la griseofulvina y tiene una acción antagónica sobre los anticoagulantes; disminución de efecto con los anticonvulsivos como la difenilhidantoina.

Dosis y Formas Farmacéuticas.

Fenobarbital.- (Acción Prolongada). Para una sedación continua se le puede administrar por vía bucal en dosis de 20 a 30 mg. tres o cuatro veces al día.

Fenobarbital ácido.-

Gardenal

Comprimidos con 0.05 g. y 0.10 g.

Gardenaletas

Comprimidos con 0.01 g.

Luminal

Comprimidos con 0.015 g.

Fenobarbital (Sal magnésica)

Edhanol

Comprimidos con 0.20 g.

Amobarbital (Acción Intermedia)

Amobarbital ácido

Amytal

Comprimidos con 0.1 g.

Amobarbital sódico

Amytal sódico

Cápsulas 0.2 g.

Pentobarbital Sódico (Acción Corta)

Embutil

Cápsulas con 0.10 g.

Secobarbital Sódico

Seconal Sódico

Cápsulas con 0.1 g.

Hipnosedantes No Barbitúricos.- Fármacos que constituyen un grupo químicamente heterogéneo. La mayoría tiene acciones muy parecidas a los barbitúricos a tal punto que comparte sus principales inconvenientes: la depresión del centro respiratorio por sobredosificación y la posibilidad de provocar farmacodependencia.

Otros componentes de este grupo no pueden ser nítidamente diferenciados de los ansiolíticos o tranquilizantes.

Hipnosedantes No Barbitúricos.- Forman un grupo útil de medicamentos que reemplazan a los barbitúricos, cuando éstos no pueden ser administrados por idiosincrasias, alergia u otras causas.

En el uso terapéutico en odontopediatría se encuentra el Paraldehído e Hidrato de Cloral.

Paraldehído.- Hipnótico de acción rápida. Actualmente en desuso por la variación individual de sus efectos y por su sabor y olor muy desagradables. En la actualidad se le reserva para casos especiales en pacientes internados y carece de interés en Odontología.

Hidrato de Cloral.- Hipnótico sintético con acción sobre el sistema nervioso central semejante a la de los barbitúricos. Sin embargo tiene varias diferencias que son:

- a) Tiene acción anticonvulsionante pero su margen terapéutico y eficacia son menores que la de los barbitúricos.
- b) Actúa como anestesia general, pero se necesitan de dosis cercanas a las tóxicas, por lo que se limita su uso.

Absorción, Vías de Administración y Eliminación.

Se absorbe bien por todas las vías; sin embargo es muy irritante cuando se administra por una vía subcutánea o intramuscular por lo que generalmente se usa la vía bucal y la rectal; no obstante también es irritante para la mucosa gástrica y la rectal, debiendo usarse formas farmacéuticas que minimicen este fenómeno.

Acciones y efectos adversos.

Con dosis terapéuticas de 1 a 2 g. no presenta acciones tóxicas salvo la irritación de las mucosas. Con dosis altas, tóxicas, produce cuadros semejantes a los de los barbitúricos, pudiendo afectar además al corazón, con depresión de la contractilidad.

Puede presentar idiosincrasia con sonambulismo, excitación y delirios.

Los fenómenos alérgicos se traducen principalmente por erupciones cutáneas en forma de exantemas, eritemas y dermatitis enzimatoides.

Al igual que los barbitúricos puede provocar adicción y farmacodépendencia.

En Odontología, el hidrato de cloral se usa como hipnótico en reemplazo o alternadamente con los barbitúricos u otros hipnosedantes.

Formas Farmacéuticas.

La dosis hipnótica es de 1 a 2 g. por toma, media hora antes de acostarse. Cuando se da por vía bucal es conveniente diluirlo en agua para disminuir su acción irritante.

Presentaciones

Hidrato de Cloral	10 g.
Jarabe de C.N.A.	50 ml.
Agua destilada C.S.P.	150 ml.

Por cucharadas (1 cuchara - 1 g. de hidrato de cloral, diluida en agua o infusiones o bebidas media hora antes de acostarse).

Glutetimida.- Hipnosedante derivado de la piperidindiona, con sus acciones farmacológicas muy parecidas a los barbitúricos en cuanto a la instalación y la duración de los efectos, considerada de acción intermedia. Una característica propia que lo diferencia de los barbitúricos es que actúa como anticolinérgico. Por ejemplo inhibe la secreción salival dando xerostomía. Cuando se sobredosifica se presenta midriasis e inhibición de los movimientos intestinales.

Absorción y eliminación.

Se absorbe perfectamente por todas las vías, pudiéndose administrar subcutánea, intramuscular o endovenosa; aunque la vía usual es la bucal; su excreción se hace por medio del riñón y en parte por la bilis.

Efectos Adversos.

La intoxicación aguda con la glutetimida presenta una sintomatología semejante a la de los barbitúricos, además tiene efectos --

anticolinérgicos, que con dosis muy altas puede provocar la rela
jación completa del tracto gastrointestinal provocando un ilio -
paralítico.

Cuando el paciente es alérgico a la glutetimida se presentan --
erupciones cutáneas, aunque también se le atribuyen anemias mega-
loblásticas y otras discrasias sanguíneas.

Al igual que los barbitúricos es capaz de inducir adicción y far-
macodependencia.

En odontología se usa como reemplazo de los barbitúricos o alter-
nadamente con ellos u otros hipnosedantes.

Sus contraindicaciones son las mismas que la de los barbitúricos
añadiéndosele la acción anticolinérgica por lo que no se habrá -
de administrar a pacientes con glaucoma.

Dosis y formas farmacéuticas.

Se halla disponible en forma de comprimidos (Doriden) de 250 mg.
para ingerirse.

La dosis sedante es de 125 a 250 mg. (medio a un comprimido) y - la hipnótica es de 250 a 500 mg. (uno o dos comprimidos).

5.4.1.2 Tranquilizantes.- Son fármacos que suprimen la ansie--
dad y modifican los trastornos de conducta en dosis que
no alcance profundamente acción hipnótica.

Los tranquilizantes actúan en múltiples sitios del S.N.C. y pro--
ducen sedación, actividad antipruriginosa, antihistamínica, anti--
emética, antiserotonínica, alfaadrenérgica, potenciación adre--
nér-- gica y analgésica, controlan los espasmos y las convulsiones.

Tranquilizantes mayores, neurolépticos o antisicóticos

Grupo de depresores selectivos del sistema nervioso central que
tienen las siguientes acciones:

- a) Disminuye la actividad psicomotriz con atenuación de la hipe--
rexcitabilidad. Este efecto es semejante a la de los hipno--
sedantes, con la diferencia de que no es una etapa previa de
hipnosis.

Se le describe en el hombre como un estado de indiferencia y desinterés con disminución de tono afectivo de las vivencias.

- b) Tienen acción inhibitoria no solo sobre la excitación, sino también sobre la agitación y la agresividad.
- c) Tiene acción terapéutica sobre ciertas psicosis, especialmente la esquizofrenia y las manías endógenas. Disminuye progresivamente estos trastornos, modificando de esa manera el curso natural de la enfermedad. Debido a esta propiedad exclusiva de este grupo de medicamentos se les llama Antipsicóticos.
- d) Se conoce que su mecanismo de acción se efectúa sobre los centros subcorticales, produciendo modificaciones debidas a su interferencia con determinados intermediarios neuroquímicos.
- e) Son capaces de producir acciones autonómicas o neurovegetativas, actuando en forma central y también periférica. El tipo de acción autonómica depende cada fármaco en particular. En este sentido se clasifica en: liberadores depletors de

catecoláminas y bloqueadores de coteloláminas. Estas acciones se traducen en hipotensión e hipotermia.

- f) Pueden inducir trastornos del funcionamiento del sistema motor extrapiramidal dando síntomas de carácter seudoparkinsoniano.

Desde el punto de vista de la práctica odontológica el único interés de estos medicamentos es su efecto calmante. Se circunscribe a tres medicamentos: fenotiacinas, butirotenonas y los reserpinoides (clorpromazina, promacina, procloroperacina, tioridacina, droperidol y reserpina).

En el uso odontopediátrico únicamente se utilizan los siguientes:

Clorpromazina (sedetrón/thorazine).- Derivado de la fenotiacina con acciones antisicóticas, antihistamínicas y medicamento -- prototipo de todo el grupo neuroléptico.

Su acción calmante se traduce en el hombre por un estado de tranquilidad o indiferencia afectiva, puede llegar a la somnolencia sin existir torpeza mental y si se produce sueño el paciente pue

de ser despertado con facilidad y provoca poca ataxia lo que lo difiere de los barbitúricos. Causa relajación de los músculos esqueléticos.

Por otra parte presenta una acción inhibitoria de la agitación y la agresividad, disminuye los reflejos condicionados (aprendidos).

A diferencia de los hipnosedantes no produce farmacodependencia. Presenta sinergismo con otros depresores del sistema nervioso central como hipnosedantes, ansiolíticos y analgésicos. En dosis muy grandes aumenta la actividad convulsiva, además disminuye el umbral para las convulsiones actuando como sinergista de los agentes que los provocan. Esto hace peligrosa su administración a epilépticos.

En el Sistema Nervioso Periférico actúa como un bloqueador alfa adrenérgico débil a las dosis terapéuticas y levemente anticolinérgico. También puede haber un ligero estímulo adrenérgico. Todo esto lleva a una tendencia a la disminución de la presión arterial que se traduce en hipotensión arterial.

En dosis ordinarias pueden provocar desmayos, taquicardia, congestión nasal, sequedad bucal y leve estreñimiento. Tiene efecto depresor en el hipotálamo lo que afecta el funcionamiento de las glándulas endocrinas así como los mecanismos termoreguladores.

Tiene efectos diuréticos porque disminuye la secreción de la HDD o inhibir la resorción de agua y electrolitos por acción en el túbulo renal o por ambas acciones al mismo tiempo.

En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva tiene efecto diurético.

Se dice que tiene un efecto antifibrilatorio en el corazón.

Absorción, Vías de Administración, Distribución, Biotransformación y Excreción.

La clorpromazina se absorbe bien por todas las vías tanto la bucal como la parenteral. Se distribuye ampliamente en el organismo siendo activamente eliminada por el hígado, estableciéndose al reabsorberse una circulación enterohepática.

La biotransformación se realiza principalmente en el hígado siguiendo varios procesos distintos. Se excreta principalmente por el riñón y también en las heces fecales,

Con una dosis terapéutica ingerida por vía bucal se consigue el efecto máximo alrededor de una hora después, y la duración promedio total del efecto es de 4 a 5 horas.

Efectos Adversos:

- Hipotensión ortostática
- Fenómenos extrapiramidales del tipo pseudoparkinsonismo.
- Provoca somnolencia.
- Pueden presentarse trastornos hepáticos del tipo ictericia obstructiva.
- Puede provocar trastornos menstruales.
- Puede provocar hipotermia.
- Disminución de la diuresis.

Las reacciones alérgicas se traducen principalmente en discrasias sanguíneas y fenómenos cutáneos. Las primeras consisten especialmente en leucopenia o agranulocitosis pudiendo llegar a

la anemia aplásica. También puede presentarse leucocitosis, - eosinofilia y anemia hemolítica autoinmune.

Los trastornos cutáneos son erupciones de tipo variable: urtica ria, maculosa, edematosa o petequiales. Puede haber fotosensibi lidad provocando quemaduras solares.

Dosis y formas farmacéuticas:

Clorhidrato de Clorpromazina.- (Thorazina, Magafén). Las pre- paraciones se encuentran en tabletas de 10, 25, 50, 100, 200 mg. En jarabe que contiene 10 mg. por cucharadita en un vehículo arg matizado. Hay supositorios con 25 mg. y 100 mg.

Para niños y adultos, respectivamente. Los supositorios tienen la mitad de potencia que la dosis equivalente administrada por - vía bucal.

Meleato de Proclorperazina.- (Meleato de Compazina). Se expen- de en tabletas de 5, 10, 25 mg. y en cápsulas de acción prolonga da que contiene 15, 30 y 75 mg. El jarabe con 1/mg./ml. y una - solución concentrada que contiene 10 mg./ml.

Los supositorios tienen 2.5, 5 ó 25 mg. de la base. Los síntomas extrapiramidales son relativamente frecuentes, y no son raras la intranquilidad motora y las distonías, tanto con la dosis que se usan para el tratamiento de la emesis como en dosis altas.

Clorhidrato de Promazina.- (Sparina) se encuentra en tabletas de 10, 25, 50, 100 y 200 mg. en jarabe que contiene 2 mg./ml. Un concentrado con 30 mg./ml. y 100 mg./ml. que sirve para preparar bebidas terapéuticas; en inyección intramuscular que contiene el doble de esta concentración en cantidad de 2 y 10 ml. Las intravenosas de concentración mayor de 25 mg./ml. pueden causar tromboflebitis o celulitis localizada. En algunos casos se ha provocado espasmo arteriolar y gangrena después de inyectar concentraciones altas. Se ha observado que la promazina eleva el colesterol del plasma.

Clorhidrato de Tioridazina.- (Mellaril) se expende en tabletas que contienen 10, 25, 50, 100, 150 y 200 mg. y en concentrado de 30 mg./ml. Los síntomas extrapiramidales son raros.

Prometazina.- (Antihistamínico) (Fenergán) cuando se asocia con la meperidina (analgésico) actúa como tranquilizante.

Tranquilizantes menores o ansiolíticos

Constituye un grupo de fármacos depresores selectivos del sistema nervioso central que se distinguen de los hipnosedantes y de los antisicóticos porque su acción sedante es más marcada que la de hipnosis, sólo comparten con ellos el efecto calmante de los psicodélicos, disminuyendo la actividad psicomotriz. Produce una disminución del tono afectivo de las vivencias. Se dice que llegan a generar ansiedad y angustia como "rebote" en muchas personas normales después de suspender la ingestión de ellos cuando se ha creado dependencia.

Tienen la capacidad de disminuir la ansiedad y las tensiones internas, aparentemente disminuyen menos la reacción de alerta y su capacidad para producir farmacodependencia es mucho menos que la de los hipnosedantes.

Las diferencias con los neurolepticos o antisicóticos son más concretas.

Los tranquilizantes menores no tienen acción antisicótica, no inhiben los delirios, las alucinaciones y los estados de confusión.

y excitación. No potencian a los convulsivantes sino que no que deprimen las convulsiones, no bajan la presión arterial.

Estos tranquilizantes son indicados en los pacientes ansiosos o angustiados y en tratamientos de algunos síntomas psicósomáticos.

Dentro de su descripción pueden ser divididos en dos grupos principales: los difenilmetánicos, que no provocan relajación muscular y el otro grupo perteneciente a los interneurobloqueadores - que no tienen la propiedad común de ser relajantes musculares -- centrales.

En el siguiente cuadro sólo se incluyen los tranquilizantes utilizados en Odontopediatría.

	Benacticina	
Difenilmetanos	Hidroxicina (Clorhidrato de Hidroxicina) Atarax, Vistanil.	
	Diollicos	Meprobamato (Equanil)
Interneurobloqueadores	Benzodiazepínicos	Diazepam Clordiazepóxido

Difenilmetanos.- Tranquilizantes que tienen sus principales componentes que son la hidroxicina y la benacticina.

La Hidroxicina además de su acción tranquilizante presenta propiedades antihistamínicas y anti-eméticas débiles también presenta efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos; además se le añade un efecto leve antiarrítmico cardíaco (quimidínicos). Es bien absorbido por todas las vías. En su mayoría son depresores un tanto débiles del sistema nervioso central con múltiples efectos colaterales de características más similares a la de los tranquilizantes mayores que a la de los tranquilizantes menores.

En Odontopediatría son utilizados como tranquilizantes suaves, aunque han sido reemplazados casi completamente por los interneurológicos debido a que estos últimos son más constantes en su acción y no presentan acciones autonómicas.

Se consideran sinérgicos con otros depresores del sistema nervioso central.

La hidroxicina se usa en dosis de 20 a 100 mg. por día como tranquilizante, por vía bucal. También como anestesia previa por --

vía intramuscular en dosis de 100 a 200 mg.

En los niños las dosis son: hasta 1 año, 10 mg. por día; de 1 a 5 años, de 15 a 30 mg. por día; más de 5 años, 20 a 45 mg. por día.

Se presenta en forma de comprimidos (atarax); de 25 y 100 mg.; - jarabe en que una cucharadita equivale a 10 mg. en solución para administrar por gotas en la que 1 ml. (20 gotas) contienen 100 mg. y en ampollitas de 100 mg. cada una de contenido.

Atarax

Ampollitas con 100 mg. c/u

Gotas con 100 mg. = 1 ml.

Grageas con 10 mg. y 25 mg.

Jarabe con 10 mg. = 1 cucharadita

Interneurobloqueadores. - Comprenden dos grupos con propiedades farmacológicas semejantes: dióxicos y benzodiazepínicos. Tienen características comunes: son relajantes musculares de acción central, bloqueando más los reflejos polisinápticos que los monosinápticos; son anticonvulsivos aunque no lo suficiente como para que sean usados con este fin.

Interneurobloqueadores Dólicos.- A ellos pertenece el primer -- tranquilizante usado en medicina: El Meprobamato (Equanil), es uno de los fármacos más utilizados para el tratamiento de la ansiedad con propiedad hipnótica cuya acción es de duración intermedia. Tiene acción de relajante muscular central y como tranquilizante. Tiene una acción depresiva selectiva, algo más notable sobre los reflejos polisinápticos que la de los barbitúricos.

El meprobamato difiere claramente de los alcaloides de la rawolfia y de las fenotiazinas en que al contrario de éstas, es de poco valor en la psicosis, no produce efectos extrapiramidales, no suprime selectivamente las respuestas condicionales de evitación y tiene acción anticonvulsiva. Su uso clínico ordinario es como tranquilizante (como sedante e "inhibidor de la ansiedad").

Aún a pesar de la seguridad terapéutica de él se han dado casos de trastornos alérgicos y hemáticos y raras veces se le han descrito discracias sanguíneas.

Se emplea en dosis de 400 mg. que pueden repetirse tres veces al día. En la anestesia previa por vía intramuscular de 400 a 1000 mg., 20 minutos antes de la intervención.

En los niños las dosis deben reducirse proporcionalmente. Se presenta en comprimidos de 400 mg. (Equanil - Mapantín - Miltown - Placidon o Syeropaz) y en ampollas de 500 mg., también en -- cápsulas de liberación lenta:

Interneurobloqueadores Benzodiazepínicos.- Fármacos muy difundidos en la actualidad. Han ido reemplazando a otros ansiolíticos e hipnosedantes hasta ubicarse como los de prescripción y autoadministración más frecuente. Entre los interneurobloqueadores -- benzodiazepínicos utilizados en odontopediatría se tienen:

- a) El Clordiazepóxido (clorhidrato de clordiazepóxido-Librium).
- b) Diazepam (Valium).

A continuación se hace una descripción de ambos fármacos señalados anteriormente y sólo se habrá de indicar las diferencias con los otros compuestos.

Actúan como tranquilizantes y relajantes musculares, carecen de acciones autonómicas o sobre el sistema motriz extrapiramidal.

El diazepam como tranquilizante es dos veces más potente que el -

clorodiazepóxido y adn más como anticonvulsionante.

El diazepam inyectado en forma endovenosa produce una intensa sedación e induce al sueño, pero no provoca anestesia general.

Estos fármacos son bien absorbidos por cualquier vfa aunque generalmente se prefiere el bucal. Se excretan principalmente -- por el riñón y las heces fecales.

Tienen un índice terapéutico muy alto que les otorga un buen -- margen de seguridad, sin embargo entre los trastornos que pueden presentarse por la ingestación excesiva son:

- a) Síntomas nerviosos de su acción farmacológica como somnolencia, mareos, disminución del tono muscular y astenia; a veces ataxia e incoordinación de los reflejos.
- b) Trastornos gastrointestinales, como malestar, anorexia y -- náuseas, otras veces xerostomía, especialmente con el diazepam.
- c) Problemas alérgicos, erupciones cutáneas, fotosensibilidad y en raras ocasiones buopenia y agranulocitosis.
- d) Farmacodependencia. -- Se puede provocar con dosis muy altas aunque éstas no sean frecuentes y la farmacodependencia será similar a la de los hipnosedantes.

En Odontopediatría se utilizarán como tranquilizantes aunque a veces podrá coadyuvar la acción relajante muscular y preoperatoria para producir sedación.

Tienen acción sinérgica con otros depresores del sistema nervioso central.

La complicación más seria en la intoxicación por el diazepam es la obstrucción lingual de la respiración a causa de la relajación muscular. Se podrán presentar casos de depresión y paro respiratorio, hipotensión y paro cardíaco.

Los efectos secundarios serán somnolencia y sueño.

Se expende en tabletas de 2, 5 y 10 mg. y la dosis depende de los síntomas del paciente.

El clorodiazepóxido se presenta en cápsulas y tabletas para administración bucal (5, 10, 25 mg.). La dosis debe ajustarse para cada paciente.

CONCLUSIONES

En la atención dental de los infantes, es necesario conocer los propósitos primordiales de la Odontopediatría como son el de lograr su bienestar físico, mental y emocional así como el de mantener su salud bucal.

Para ello es deber del odontólogo ampliar sus conocimientos para mejorar sus técnicas y habilidades en el manejo del paciente infantil.

Uno de los auxiliares que puede ayudar a tomar pauta en el manejo del paciente niño es el conocer sus características psicológicas y de crecimiento así como el conocer los antecedentes socio-económicos, culturales y los heredofamiliares que le rodean a cada niño en particular y actuar de acuerdo a sus intereses personales. Tendrá siempre en cuenta que en el consultorio dental -- exista un ambiente familiar que le de confianza al pequeño.

Así también el odontólogo tiene la obligación de actuar como orientador y educador mediante el conocimiento de las causas que pudieran provocarle al niño una conducta alterada que no permita la -- cooperación de éste ante los servidores de su salud en general.

Dentro de la preparación del odontólogo en la atención a infantes, es importante que conozca su papel ante el pequeño; entre las características que deberá poseer el profesional es el de lograr la confianza del niño mediante una empatización; el uso apropiado de vocabulario que no le provoque miedo; habilidad y rapidez en el tratamiento; la evitación del soborno; procederá con razonamiento y gracia en la ejecución del trabajo.

Así mismo en ocasiones el dentista se verá obligado a hacer uso de los fármacos como los analgésicos, anestésicos, sedantes y tranquilizantes, debido a que en el niño pudiera existir algún estado de dolor o angustia que no le permita cooperar lo suficiente para llevar en forma óptima su tratamiento con el menor tiempo y molestia. Cabe enfatizar que el odontólogo deberá utilizar con cautela estos fármacos.

BIBLIOGRAFIA

"Nacidos para triunfar"

James/Jongeward

Fondo Educativo Interamericano, S. A.

"Odontología Infantil"

Ralph

"Farmacología Odontológica"

Pablo Bazerque

Editorial Mundi S.A.I.C. y F.

2a. Edición

"Comprensión del Desarrollo Humano"

Howard Lane y Mary Beauchamp

Editorial Par-México

"Psicología"

El Estudio de la Conducta

Paul Swartz

Editorial Continental

"Conducta y Desarrollo del Niño"

B.R. Mc Candless

Editorial Interamericana

3a. Edición 1981

"Diagnóstico Prenatal de las Enfermedades Hereditarias"

Ambrey-Milansky

Editorial Paidrítica

Barcelona, España

"Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico"
Kempe Silver O'Brien
Editorial El Manual Moderno, S.A.
México, D. F.
4a. Edición 1981

"Salud Dental Infantil"
P.J. Holoway y J. N. Swallow
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Buenos Aires

"Emergencias en Odontología"
Frank M. Mc. Carthy
Editorial El Ateneo
3a. Edición 1981
Buenos Aires

"Odontología Pediátrica"
Sidney B. Finn
Editorial Interamericana
4a. Edición

"Bases Farmacológicas de la Terapéutica."
Louis S. Goodman
Alfred Gilman
Editorial Interamericana
4a. Edición 1974

"Comprensión del Desarrollo Humano"
Howar Lane y Mary Beauchamp
Editorial Par-México

"El niño de 6 a 12 años"
La Prensa Médica Mexicana
Editorial Formar, S. A.

"Conducta y Desarrollo del Niño"
B.R. Mc Candless - R. J. Trotter
Editorial Interamericana, S.A. 1981

"Cuidado y Educación de los Hijos"
Dr. Josep Burge
Ediciones C.E.A.C.S.A.