

24/2/2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

CECILIA CRUZ RUIZ
MARIA GUADALUPE CRUZ RUIZ

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA

I N D I C E

Introducción	1
TEMA I	
a) Integración del Aparato Psíquico	4
b) Variables biológicas	7
c) Desarrollo de la Conducta	9
d) Fases del Desarrollo	11
e) Ambiente Social Inmediato o Familiar	16
1. El Papel de la Madre	19
2. El Papel del Padre	21
3. Relación con los hermanos	23
TEMA II	
TIPOS DE PERSONALIDAD	26
a) Bucal	26
b) Compulsiva	27
c) Histórica	27
d) Paranoide	28

TEMA III

FACTORES PSICOSOCIALES DEL MEDIO AMBIENTE	29
a) Ansiedad, miedo	29
b) Fobia	32
1. Control psicológico del niño fobico	33
c) Relación médico paciente	37
d) Preparación del niño a su primera cita con el dentista.	39
e) Factores determinantes de la actitud - del niño ante el tratamiento dental.	41
1. Factores favorables	41
2. Factores desfavorables	41
 Tema IV	 45
FACTORES DEL MANEJO DE LA CONDUCTA	45
a) Persuasión	46
b) Control de voz	53
c) Técnica de mano sobre boca y nariz	54
d) Modelaje	58
e) Desensibilización o Desensitización	60

TEMA V	65
HABITOS	65
a) Bruxismo, bruxomanía o rechinar de los dientes	65
1. Factores locales	65
2. Factores Generales	66
3. Factores psicológicos	66
4. Factores ocupacionales	67
b) Succión del pulgar o chupa dedo	67
1. Teoría Psicoanalítica	68
2. Teoría de la pérdida de la función	69
3. Teoría de la conducta adquirida	69
4. Tratamiento	70
TEMA VI	72
CONTROL CLINICO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE	72
a) Aspecto psicológico	77
b) Fuentes de conducta no cooperativas	81

TEMA VII	83
TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO	83
a) Premedicación	83
1. Psicológica	85
2. Farmacológica	88
a) Bucal	88
- Hidroxizina	90
- Diazepan	91
- Prometazine	93
- Hidrato de Cloral	93
- Alfaprodina	94
- Meperidina	95
b) Rectal	97
c) Parenteral	97
d) Inhalación por óxido nitroso y O ₂	98
 TEMA VIII	 100
ANESTESIA GENERAL	100
a) Indicaciones	100
b) Contraindicaciones	101
c) Aspecto psicológico	102
d) Aspecto clínico	103
 BIBLIOGRAFIA	 105

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

El concepto de que el hombre es un todo afirma que éste es una entidad, un organismo indivisible. El hombre no es un conjunto de partes sin relación entre sí o que funcionan de manera independiente sino que cada una es parte esencial e integral de un todo que contribuye e influye sobre el todo. Así, tanto los efectos de la enfermedad como los del tratamiento no quedan nunca limitados a la porción interesada, sino que afectan al enfermo en su totalidad.

Los cambios en una parte no sólo afectan al organismo en tero, sino que éste ejerce una influencia recíproca y dinámica sobre todas sus porciones constituyentes. Las partes no son entidades distintas que se encuentran o funcionan en un espléndido aislamiento, fuera de la influencia o del control del todo; los procesos dinámicos que acontecen en el organismo lo afe tan plenamente.

El "todo" empleado aquí, se refiere al "núcleo central" del hombre o sea su personalidad. Es en ella que el hombre logra su integración final y su plenitud.

En la personalidad se enlaza la vida y cobra dirección la

actividad del hombre, se abarca la calidad total de un individuo, la estructura orgánica, la integración de su comportamiento. Sin personalidad, no existe el ente humano. Sólo su cuerpo como una organización refleja, la desintegración de la personalidad destruye al ser humano a pesar de que la vida misma pueda persistir.

El punto de vista en el cual se destaca la "totalidad" del hombre en realidad subraya la importancia básica de la personalidad en donde existe esta totalidad. Cuando decimos que la enfermedad afecta al hombre, nos referimos a la personalidad. Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad y al tratamiento; una respuesta basada en el sentido y en el significado.

Los impulsos agresivos de la vida emocional, son algunos de los aspectos que el niño tiene que afrontar por sí mismo. Muchos muestran su inadaptación, ya que se inquietan seriamente limitando así su forma de vida. Una característica que manifiesta el niño que sufre desajuste en su personalidad, se presenta cuando los esfuerzos para resolver las dificultades del presente son parcialmente anuladas por los efectos emocionales de los problemas no resueltos en el pasado.

La personalidad es la caracterización o el patrón estruc-

turado de la conducta, y el patrón particular de conducta que exhibe un enfermo dado sugiere a qué tipo de personalidad puede pertenecer. Sin ser psicólogo, ni psiquiatra, el dentista puede clasificar a su paciente o identificar algunas características de su comportamiento. Sin embargo, es preciso que su interés por los pacientes no se limite únicamente al campo profesional, o sea, en el caso del cirujano dentista, a la cavidad bucal y dientes. El dentista debe observar al paciente en su totalidad, examinando sus acciones, comportamiento, lo que dice y cómo lo dice, su modo de vestir, su aspecto personal en general, etc.

Existen diferentes tipos de personalidad básicas e importantes que el clínico debe saber reconocer. El clínico también debe comprender la conducta y reacciones de los individuos que pertenecen a uno de los dos tipos básicos de la personalidad.

a) INTEGRACION DEL APARATO PSIQUICO.

El aparato psíquico consta de tres: el "yo", el "ello" y el "super yo".

El "yo" designado por algunos autores con el término de "yo consciente", es la esfera psíquica donde se desarrollan los procesos conscientes del ser humano. El "yo" unifica nuestros actos, nuestras memorias y nuestros proyectos, es el receptor de los 5 sentidos, controla los movimientos voluntarios, la memoria y la reflexión. Su integración se inicia mucho antes del nacimiento; y el recién nacido al tener su primera relación con el medio ambiente a través de la boca estimula más a esta integración.

Una de sus principales funciones es la formación de los mecanismos de defensa. El niño realiza objetivos: canciones, ruidos, juguetes, personas, etc., estimulando por debajo del "yo" la integración del "ello".

El "ello" es el que constituye el área psíquica inconsciente de los instintos que tienden a la satisfacción de los impulsos, donde se mantiene el conjunto de procesos psicológicos que escapan de la síntesis consciente, tales como los sueños, el impulso de los actos fallidos, etc.

El aparato psíquico está gobernado por la lógica del inconsciente que trabaja aún durante el sueño, toma decisiones sin contar con el "yo" consciente, y orienta la actitud psíquica del individuo a veces en contra de su voluntad.

Mediante la enseñanza y las prohibiciones implantadas al niño por parte de los padres y diversos educadores, se complementa a un lado del "yo" y del "ello", una instancia moral o "super yo".

"Super yo" es la correcta distribución entre el "ello y el yo" actuando como censor de la aceptabilidad de pensamientos, sentimientos y conducta, constituyendo ésta un guardian que juzga al individuo y lo hace sentirse reprochado o con sentimientos de culpa cuando realiza actos que considera negativos, o bien, halagado al considerarlos positivos.

La estructura del "super yo" no principia sino hasta la edad de 3 y 4 años, haciéndose cada vez más importante sobre acciones, pensamientos y sentimientos.

El "yo" realiza objetivos o elementos dinámicos; algunos los modifica y libera, por ejemplo, una noticia recibida por una persona, la altera y difunde más adelante. Otros objetos son reprimidos en el "ello" o inconsciente, y cuando amenazan romper las barreras de la represión, el "ello" emplea mecanismos de defensa para aliviar estas tensiones, fluyendo dichos

impulsos a través de una inervación somática, dando origen a la órgano-neurosis.

ORGANO NEUROSIS.

La órgano-neurosis se manifiesta por diversas expresiones clínicas tales como úlcera gastroduodenal o colitis cuando afecta al aparato digestivo al proyectarse al aparato cardiovascular origina trastornos cardíacos o hipertensivos; en el aparato respiratorio se manifiesta por ciertos tipos de asma bronquial; al ser afectado por este mecanismo el sistema hormonal se produce diabetes mellitus, siendo frecuente en pacientes diabéticos que al recibir una impresión presentan de inmediato una hiperglicemia.

Cuando las tensiones reprimidas se proyectan a través del aparato locomotor originan parálisis histéricas y determinados padecimientos de las articulaciones, aparentemente reumáticos. En los órganos de los sentidos se manifiestan por sordas y cegueras histéricas; por el mismo mecanismo son desarrolladas algunas parálisis faciales, así como la neuralgia del trigémino, que es una entidad nosológica categóricamente de origen psicosomático y que se presenta durante ciertos estados depresivos de la mente.

Al ser canalizados los impulsos a la articulación tempo-

romaxilar se manifiesta bruxismo y bruxomanfa, además, algunos mecanismos orales de succión sobre los tejidos bucales originan en boca una patología muy florida, observándose en estos pacientes que después de practicárseles una gingivoplastia y transcurrido un corto lapso vuelven a presentar las mismas manifestaciones clínicas que los aquejaban en la primera visita, razón por la cual no es conveniente combatir estos mecanismos solo sintomáticamente, sino tratar de interpretar su etiología y hacer la confrontación con el enfermo para proporcionarle un alivio más efectivo.

b) VARIABLES BIOLÓGICAS.

El ser humano empieza a existir como una única célula, un óvulo fecundado, que luego, por progresivas subdivisiones, se convierte en trillones de células de unas cien clases diferentes, cerca del uno por ciento de los cuales (entre las que no son células nerviosas) se renuevan a diario. Las influencias hereditarias, o "información genética" como también se les llama, están codificadas bioquímicamente en los genes de las células reproductivas. Esta serie de cuatro "letras" (gene), que se repiten, e instruye a cada miembro de una especie determinada, al que se enseña qué es lo que ha de hacer y cómo ha de hacerlo. Los cambios que se verifican durante el

período del desarrollo, desde el nacimiento hasta la edad adulta, o son, como en el caminar resultado de una maduración independiente en cuanto tal del medio ambiente, o bien, como en el hablar, son directamente atribuibles a factores externos; pero uno y otros dependen mucho de los factores hereditarios. Es decir, que podemos considerarlos o bien como información transmitida por el medio ambiente y a través de él, o bien como programación postnatal.

"Toda personalidad es influida tanto genética como ambientalmente' si bien la herencia predispone, no condiciona de una manera obligatoria la conducta de los individuos".

Una parte importante del comportamiento y del condicionamiento de los hombres, es la consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, que han influido en -- las primeras etapas de su existencia, desde la concepción hasta el fin de la pubertad. En cada una de éstas, existen necesidades y requerimientos especiales bien definidos en ese instante. Si estas necesidades no son satisfechas, se originan graves perturbaciones, en ocasiones irreversibles durante el crecimiento y desarrollo del organismo.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con los adultos protectores y responsables

a fin de poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad. Los sentimientos y actitudes que se muestran en relación al nacimiento del niño, son factores que influirán en su ambiente.

Se considera a la madre como una fuerza ambiental predominante sin embargo, conforme el niño va creciendo, se produce un cambio en su comportamiento que afecta en su interior y que pudo haber sido observado al poner de manifiesto su individualidad a temprana edad, tendiendo a conservar durante la niñez las características de la personalidad que mostraba cuando era infante, o bien los rasgos de ésta, pueden atribuirse a la herencia o a los factores determinantes del medio ambiente en el que se desenvuelven.

Las posibilidades de éxito o de fracaso están en parte contenidas en los genes de las células reproductoras. Cada niño posee un patrimonio hereditario, verdadero y biológico - que le es propio.

c) DESARROLLO DE LA CONDUCTA.

Tanto la herencia como el medio ambiente contribuyen para todo tipo de conducta, y es evidente que estos dos factores interactúan de tal manera que la influencia de cada factor depende de la contribución del otro. Cualquier factor heredi-

tario aislado opera diferentemente en condiciones variables del medio ambiente. E inversamente las condiciones del medio ambiente difieren de su influencia relativa sobre cualquiera de las características como función del factor hereditario de que se trate.

El desarrollo de la conducta según lo observa Lorenz "Como el desarrollo de todas las características de los organismos, comprende la acción recíproca entre el genotipo que hereda el individuo y el medio ambiente dentro del cual crece. Esta interacción es tan íntima y compleja que es extraordinariamente difícil identificar los efectos de estas dos fuentes de influencia que, entre sí, proporcionan el conocimiento que guía el desarrollo del organismo."

Se considera a la conducta como algo que se presenta a lo largo de un continuum, desde lo que está relativamente estereotipado y fijo hasta aquello que es altamente variable y -- susceptible a las influencias del medio ambiente.

Diversos estudios realizados por Dennis sugieren que el crecimiento físico o la maduración y el aprendizaje actúan recíprocamente, de tal manera que uno depende del otro. Ninguna forma de conducta depende exclusivamente como resultado de la maduración, ni exclusivamente como resultado del aprendizaje.

Más bien los dos conjuntos de factores actúan recíprocamente sobre el desarrollo de la conducta como interactúan la herencia y el medio ambiente.

Existe gran variabilidad de la conducta de los niños de mayor edad y en los adultos, llegando a la conclusión de que el aprendizaje es de mayor importancia que los factores biológicos para determinar la conducta.

Anastasi y Foley exponen este punto con gran claridad cuando dicen que "no es la raza, ni el sexo, ni el tipo físico al que pertenece el individuo por herencia lo que determina su constitución psicológica, sino el grupo cultural en que ha sido criado, las tradiciones, actitudes y puntos de vista que se les han impuesto y el tipo de capacidades favorecidas".

d) FASES DEL DESARROLLO.

El individuo atraviesa por 7 fases de desarrollo que se van a detallar a continuación.

Fase Oral.

Desde el nacimiento hasta los dos y medio años de edad, el niño lleva todos los objetos a la boca y consecuentemente el "yo" se pone en relación con el medio ambiente a través de

la boca. La obsesión compulsiva de estar comiendo de todo y a todas horas en algunos adultos, es debida frecuentemente a que en la fase oral no se les atendieron adecuadamente sus - necesidades alimenticias. Por esta misma causa hay personas que tienen la obsesión compulsiva de estar fumando o masticando continuamente chicle.

Estos hábitos son ademas empleados para liberar agresiones ocultas.

Fase Esfinteriana-muscular.

Esta fase comienza cuando el niño empieza a manejar y controlar sus esfnteres. Si las demandas de los padres con respecto a la limpieza y regularidad son exageradas durante la época en la que se enseña al niño a controlar sus esfnteres; desarrollará actitudes de obstinación y terquedad que - representan sus esfuerzos para afirmar su anatomía. Por lo que uno de los rasgos de esta fase sea la resistencia a lo - que se considera la intromisión de otras personas en la vida privada.

Fase Edípica.

En esta fase el niño tiende a querer más a la madre y

la niña al padre. El complejo de Edipo, es el encauzamiento semi-inconsciente de posesión hacia el sexo opuesto y rivalidad hacia el padre. Se dá el nombre de edípica en relación con la mitología griega, según la cual Edipo mata a su padre el rey Layo para casarse con su madre Yocasta. No es precisamente que los niños tengan el deseo de matar a su padre, sino que se designa con este nombre por la relación amor del niño hacia la madre, y de la niña hacia el padre.

Fase de Latencia o Preadolescencia.

Freud la describe como una tregua entre el "yo" y el -- "super yo", que marca el final de la niñez y el inicio de la adolescencia. Es esta fase en que el niño ingresa a la escuela y recibe instrucción, por parte de maestros, sacerdotes, - etc.

Fase de Adolescencia.

La situación del adolescente es difícil; desligado de su pasado inconforme con su presente e ignorante de su destino tiene que encontrarse a sí mismo, así como su camino en la vida. Duda de su capacidad para proyectar su yo en el futuro. Necesita pues elaborar el nuevo concepto del mundo, así como de los valores e ideas tradicionales aprendidas en la infancia

ya que ahora se someterá a un juicio personal e independiente, que estará en gran medida de acuerdo a su capacidad para desarrollar procesos de pensamientos.

Los conflictos del adolescente con sus padres y con las personas que representan autoridad son inevitables, pero se ven aumentadas cuando aquellos pretenden conservar al hijo en una situación de dependencia infantil o por lo menos de control exagerado.

En esta fase aparecen nuevas manifestaciones en la continuidad de la personalidad que va casi automáticamente con la maduración biológica de esta etapa, en la adolescencia hay una intensificación del impulso de autosuficiencia e independencia la cual debe acompañarse de actitudes e intereses vocacionales cada vez mayores y de un sentido de responsabilidad social y personal con frecuencia las reacciones emocionales del adolescente son una expresión a las tendencias de emancipación.

El crecimiento intelectual que se desarrolló simultáneamente con el crecimiento biológico alcanza su madurez en la mitad o en las etapas finales de la adolescencia, junto al proceso biológico de maduración debe operarse un desarrollo emocional y psicológico simultáneo.

Fase de la Pubertad.

En esta fase se realizan ciertos cambios hormonales que completan el desarrollo de los órganos genitales como reproductores del individuo. A veces ésto es recibido por los adolescentes como algo muy traumático, dependiendo de la educación que les hayan impartido al respecto.

Durante esta fase a las niñas les gusta tener muchos admiradores del sexo opuesto; hacen fantasías y coleccionan fotografías de su artista predilecto, soñando con el príncipe azul. Los niños en cambio desean conquistar el mayor número posible de mujeres considerando cada conquista como una hazaña muy preciada.

Los niños tienden a formar pandillas con elementos de su mismo sexo, descubren que ya tienen erecciones y frecuentemente en lugar de ir a la escuela se van "de pinta".

Las niñas tienden a formar grupos con elementos de su mismo sexo.

La adolescencia ejerce mucha importancia en la integración de la personalidad del individuo, pues durante ella se logra por primera vez desarrollar intimidad fuera del hogar, y a los niños que se les niega esta oportunidad durante toda

su vida van a ser introvertidos, poco comunicativos, y con más propensión a desarrollar una esquizofrenia.

Fase de Aduldez.

Cuando alcanza la edad adulta el individuo debe haber atravesado las etapas sucesivas del desarrollo de la personalidad, hasta lograr un buen ajuste que le permite encarar las responsabilidades y demandas propias de las relaciones maduras, al alcanzar la organización adulta el individuo debe -- ser absorbido por el trabajo y la familia y no por actividades egofistas.

d) AMBIENTE SOCIAL INMEDIATO O FAMILIAR.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con los adultos protectores y responsables a fin de poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad. Los sentimientos y actitudes que se muestran en relación al nacimiento del niño son factores que influirán en su ambiente.

Las causas de las variantes en la conducta de los niños en muchas ocasiones se pueden descubrir en la condición económica de los hogares, bien por exceso de posibilidades o por -

limitados recursos económicos; en otras ocasiones por el abandono o mimo de los niños, por el menosprecio que sufren por el lugar que ocupan entre los hermanos, por lo anterior, es necesario y muy importante que el odontólogo enterado por medio de los datos que forman este aspecto en la ficha, de las condiciones que viven los niños en sus hogares.

Podemos suponer que las frases y conversaciones que el nene oye en su casa le influyen, por así decir, "mágicamente"; sonidos misteriosos producen imprevisibles resultados: alguien pronuncia una palabra y ¡milagrosamente aparece sobre la mesa un pastel!. La fase de la niñez durante la cual va perdiendo el lenguaje su misterio procura nuevas oportunidades para el cultivo de la naciente mentalidad, mediante conversaciones y explicaciones, nombrando cosas y sobre todo, a medida que el niño va creciendo, mediante las respuestas a sus preguntas; la "preguntonería" del pequeño es uno de los más valiosos instrumentos de su formación mental.

El conocimiento de estos datos le permitirán al odontólogo completar su conocimiento sobre la forma de vivir de sus pacientes en su hogar, de donde se desprenderán muchas actividades positivas o negativas con relación a la integración de la personalidad del niño.

La miseria, desnutrición, el abandono, etc., actúan como fuerzas negativas que cuando no producen la muerte, afectan su salud física y mental, produciendo toda clase de desajustes físicos y psíquicos y planteando graves problemas para su desarrollo.

Diversos factores ambientales, pueden generarle esa inseguridad; dominación directa o indirecta, indiferencia, comportamiento caprichoso, falta de orientación afectiva, responsabilidad excesiva, sobreprotección, discriminación, promesas no cumplidas, etc., y así sucesivamente.

Los resultados de observaciones clínicas sugieren que el medio ambiente desempeña un papel importante en la actitud del niño hacia el tratamiento odontológico, por ello el manejo acertado de la conducta infantil es uno de los principales objetivos de la Odontopediatría para su correcto ejercicio.

También es muy importante la relación que existe entre los hermanos, ya que la envidia de una niña ante un hermano más consentido que ella, en el círculo familiar nos muestra que la niña necesita cariño, protección y se encuentra con que el hermano es más querido, más estimulado, etc. Esta niña estructura la fantasía: "Si yo fuera hombre tendría -- los privilegios que tiene mi hermano", y entonces esta niña

que está muy vinculada con la madre, pierde este lazo, deja de jugar con las muñecas, se vincula con el padre, estructura una pauta reaccional masculina con la cual manejará la envidia hacia el hermano desarrollando juegos y actitudes masculinas. Empieza a tener una serie de fantasías, aficiones y juegos en los cuales simula que ella es hombre. En la escuela no se interesa por los juegos de las niñas. Todo esto carecería de importancia si no tuviera trascendencia, pero - la pauta que fue traumática cuando se originó va a repetirse en su edad adulta, empleando las mismas vías de expresión -- que no signifiquen que su medio ambiente la rechace.

1. El papel de la madre.

La infancia es el período en el que más importancia tiene el afecto de la madre (o de quien haga sus veces), porque durante ese tiempo el niño es sumamente sensible a la manera como se le trata. El aún no hablante que ésto significa -- "infante" lo supersimplifica todo, y cuantas sensaciones agradables percibe, ya sea de manos de su madre o estando entre los brazos de una hermana suya o en los de una vecina, etc. - fusionálas en un solo sentimiento, que puede describirse como el sentimiento de ser querido; mientras que todos los tratos desagradables los fusiona en el sentimiento de no ser querido.

Algo así como se se forjara en su mente dos imágenes: la de la madre amada y buena, que luego se convertirá en la noción del hada maravillosa, y la de la madre odiosa y mala, que él proyectará después en la idea de la bruja.

Supuesto que el niño es capaz de "empatía", es decir, de reflejar fielmente el modo de ser de su madre, deduciremos que al sentirse querido se siente a la vez digno de que se le quiera, "amable". Lo cual no significa que piense explícitamente en tal cosa, sino sólo que sus repetidas experiencias de verse tratado con cariño engendran en él un sentimiento de estar en paz consigo mismo. Y al revés, el sentirse no querido le hace al niño tenerse vagamente por indigno de amor.

Su capacidad de impartir afecto dependen en gran parte de la cantidad de afecto que haya recibido, y lo mismo se diga de su capacidad de odiar. Hay pruebas evidentes de que -- uno de los factores que originan la esquizofrenia, grave trastorno mental que se manifiesta sobre todo en el comienzo de la edad adulta, es la desdicha en las relaciones entre la madre y su hijo durante la primera infancia de éste.

El desarrollo lógico y normal de las relaciones sociales del niño es éste: cariño materno; contento y aprecio de

sí mismo; amor a los demás.

2. El papel del padre.

En la vida familiar son de importancia fundamental en la estructuración temprana de la personalidad; un hogar bien organizado que proporcione un paternal cuidado, es la mejor garantía de salud mental para el niño que crece.

El papel del padre no es menos importante que el de la madre y aunque difieren en su naturaleza, no es por ello menos irremplazable, es rápidamente reconocido como una persona importante en el mundo del niño pequeño. Por supuesto, no tiene el papel nutricional de la madre, pero en cambio se presenta como un elemento estable en el seno familiar, provisto de fuerza física y autoridad. El padre simboliza el mundo exterior, ajeno al niño y le permite afrontarlo. No es él quien vigila los pequeños detalles de la vida cotidiana o escolar, pero es quien representa, a los ojos del niño, el sostén jerárquico de la autoridad a la cabeza de la familia, Esta necesidad de autoridad es indispensable para el niño y saludable a la vez.

Para que esta autoridad sea aceptada y libremente consentida, el niño debe sentir que está sostenida por un cariño sólido hacia él mismo. El niño necesita percibir este cariño

el cual debe manifestarse por un interés en sus actividades y progresos, el padre representa profundamente un objeto de identificación.

De todas las influencias que contribuyen a configurar el carácter de un hombre o de una mujer, ninguna es quizá tan duradera y decisiva como estas relaciones del niño con sus padres, verdad muy conocida de los novelistas, los biógrafos y los autobiógrafos. Los tipos de relación son muy diversos. La herencia, las circunstancias económicas, la presencia o ausencia de otros niños, la edad de los padres, el grado de armonía marital en que conviven y la medida en que hayan sabido frenar sus propias pasiones desordenadas son factores que intervienen todos.

Sherif y Sherif han hecho notar que desde el momento que nace un niño, depende de otros seres humanos al principio totalmente, y que el hecho de la prolongada dependencia del niño tiene consecuencias de gran importancia para los problemas del desarrollo social. Como ciertos adultos son de capital importancia para satisfacer las necesidades del niño durante un período considerable, estos adultos, con el tiempo, llegan a adquirir valor en sí mismos.

En otras palabras, el niño llega a buscar la aprobación y el reconocimiento de los padres.

3. Relación con los hermanos.

La ciencia social ha considerado a los hermanos como posible fuente potencial de ansiedad y miedo. La mala conducta del niño pequeño en el consultorio puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor. A este proceso se le conoce como "trasmisión de conducta".

Al proceso de reproducir el comportamiento exhibido por un modelo, se le llama "Identificación". Como consecuencia de la imitación, el niño piensa, siente y se comporta como su modelo. Esto no sucede sin un conocimiento consciente - por parte del niño más pequeño (generalmente entre ellos se comunican sus experiencias con el dentista).

La actitud desarrollada por el hermano mayor, es un sistema prefabricado para que el hermano menor aprenda de él. Esto es verdadero, siempre y cuando el hermano más pequeño no haya tenido experiencias previas con el odontólogo.

El niño que nace primero adquiere la conducta de sus padres como modelo, a diferencia de los pequeños que además de tener la de los padres, tienen a sus hermanos mayores.

En el momento en que el niño observa el comportamiento de sus hermanos durante el tratamiento dental, no deberán --

atemorizarse por la contemplación de éstos; los movimientos que ejecute el especialista deberán de ser lentos y la instrucción mínima, debemos recordar también que los ruidos -- fuertes son desconcertantes para el niño pequeño.

El dentista deberá decidir sobre la conveniencia o inconveniencia de permitirle al niño observar a su hermano, así como también considerar en ese momento al estado en que se encuentran tanto el niño que observa como al que está practicando el tratamiento.

Se realizaron estudios como los de Ghose en los cuales se comprobó el efecto del modelo en 75 pares de hermanos, los más pequeños tenían una edad de 3 a 5 años y los grandes de 11 años.

En el grupo experimental los hermanos más pequeños observaron varios procedimientos que se realizaron con los hermanos mayores durante dos citas. Durante la primera se efectuó únicamente una exploración de sus dientes, pero en la segunda se realizó un tratamiento restaurativo. Inmediatamente después, estos mismos procedimientos se practicaron con los hermanos menores.

El grupo control estaba constituido por todos aquellos niños a los cuales no se les permitió la observación de sus

hermanos, ni la estancia en el operatorio. Unicamente en el grupo experimental, los hermanos más pequeños observaron los procedimientos del tratamiento y la conducta paciente-dentista antes de ser tratados.

Ghose y Col concluyeron que la conducta entre el grupo experimental y el grupo control resultó bastante significativa, ya que indicó la influencia benéfica de los hermanos mayores sobre la conducta de los pacientes más pequeños. Los niños en el grupo experimental mostraron una actitud más positiva durante la preparación de cavidades, obturaciones de dientes, etc. Una variación en la conducta, podría ser atribuida a la diversidad de edades. 3 a 11 años, así como la diferencia de sexos entre los hermanos.

La presencia de los hermanos mayores parece mejorar la conducta del hermano menor durante las visitas dentales subsecuentemente, aunque ésto no se puede generalizar.

TEMA II

TIPOS DE PERSONALIDAD.

Conocer a una persona significa conocer su personalidad, asimismo, entender a una persona significa entender su personalidad.

La personalidad es la caracterización o el patrón estructurado de la conducta, y el patrón particular de conducta que exhibe un enfermo dado sugiere a qué tipo de personalidad puede pertenecer.

Existen diferentes tipos de personalidad, básicos e importantes que el clínico debe saber reconocer.

a) PERSONALIDAD BUCAL

El individuo con este tipo de personalidad, confiere un valor emocional exagerado a la boca y sus funciones. Para él siguen siendo una fuente importante de placer y el medio para aliviar su estado de tensión. Por lo tanto, para éste tipo de personalidad las funciones de comer, beber, masticar y morder serán el objeto de grandes preocupaciones. Generalmente son personas obesas, impacientes que toleran mal cualquier frustración y, aunque parecen simpáticas y amigables, su humor puede cambiar rápidamente, volviéndose mordaces, sarcásticos, exigen

tes e irracionales. Este tipo de personas toleran mal cualquier pérdida y caen fácilmente en un estado de depresión.

El paciente con personalidad bucal está inclinado a experimentar tensiones bucales exageradas que lo llevarán a presentar quejas injustificadas o a pedir cuidados que en realidad no son necesarios.

b) PERSONALIDAD COMPULSIVA.

Las características dominantes de este tipo de personalidad son el perfeccionamiento y la rigidez.

El individuo clasificado en este grupo es formal, puntual meticulado, y preocupado por los detalles, su perfeccionamiento e inflexibilidad hacen que sea reacción a cualquier cambio.

c) PERSONALIDAD HISTERICA.

El paciente suele ser emocionalmente inestable, inclinado al histerismo y a dramatizar todas las situaciones, es sugestionable y posee con frecuencia una gran imaginación. La preocupación por la apariencia va unida a un exceso de adornos en el vestir.

Los enfermos con personalidad histérica pueden ser hipnotizados con facilidad y responden perfectamente a una actitud firme y segura del dentista.

d) PERSONALIDAD PARANOIDE - ESQUIZOIDE

Las principales características de este tipo de personalidad son: Comportamiento receloso, desconfiado y emotivamente frío. Es difícil de ganarse la confianza de estos pacientes o establecer relaciones amistosas con ellos. Son frecuentes las manifestaciones de ira sin causa, de crítica y de reprobación.

T E M A I I I

FACTORES PSICOSOCIALES DEL MEDIO AMBIENTE

a) ANSIEDAD, MIEDO.

La ansiedad es un tema de interés para el investigador clínico para poder establecer la relación existente entre el comportamiento del paciente niño.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad, basadas en el sentido y el significado. Una situación puede suscitar miedo o ansiedad porque significa peligro o amenaza para la persona, aunque en realidad -- no existe tal. Lo importante es saber cómo la percibe el hombre y de qué manera afecta. Sin embargo en la vida hay ciertas situaciones básicas que tiendan a provocar ansiedad en la mayoría de las personas. Una de estas situaciones es la visita al medico o al dentista.

El miedo es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza -- real. La ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas sólo simbólicamente. La ansiedad es intangible, mientras que el miedo por lo contrario, es concreto y sirve por lo general para poner al organismo en alerta contra posibles peligros

que no están todavía claramente definidos.

Según Karen Horney, el niño carente de asistencia y protección del adulto, normalmente representada por la familia, iniciará en esta fase el conflicto "ansiedad básica" esto, es la sensación que el niño tiene que estar solo e indefenso en un mundo potencialmente hostil. Diversos factores ambientales, - pueden generarle esas inseguridades; dominación directa o indirecta, indiferencia, comportamiento caprichoso, falta de orientación afectiva, responsabilidades excesivas, sobreprotección discriminación promesas no cumplidas, etc, y así sucesivamente.

La angustia estimula las reacciones de defensa y evita, por ejemplo acudir al consultorio dental, surge la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales aunque el dentista no haga daño ni lastime. La ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor y a aumentar la tolerancia a los medicamentos, por lo -- tanto es preciso saber reconocer y tratar estos aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

Los factores que llegan a influir en un momento dado en la conducta del niño en el consultorio dental, se deben frecuentemente a experiencias obtenidas por los padres, ya sean agradables o desagradables a través de sus tratamientos odontológicos que son transmitidos a los hijos; por lo que la situación ideal - es aquella en la que los padres se encuentran libres de aprensión

en relación a la primera cita de sus hijos con el dentista, debido a que sus antecedentes de historia dental fueron aceptables.

ANSIEDAD MATERNA

Es el temor o angustia que la madre demuestra ante el tratamiento dental, la cual influye determinadamente en la conducta del niño antes y durante la primera consulta, así como la -- aceptación o rechazo que éste manifieste en el futuro.

Según Wright y Alpern, se ha encontrado una gran relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperativo -- del niño en el consultorio dental, sobre todo en niños entre 3 y 4 años de edad.

En el trabajo de Bailey se sugiere una preparación de los padres previa a la cita. Comparando los niveles de ansiedad -- de la madre y el niño, observó que un niño pequeño adquiere una actitud más positiva cuando sus padres han sido preparados para la primera cita con el odontopediatra. Por lo tanto los elementos de sorpresa y la falta de información deben ser eliminados para obtener un mejor comportamiento y disposición del niño hacia el tratamiento.

Las madres que recibieron esta preparación reconocieron y apreciaron la atención del dentista, comprendiendo y valorando lo que representa para el comportamiento de su hijo. Por --

lo tanto cuando se practicaron de una manera conveniente en el niño todos los procedimientos necesarios (radiografías, exá--men bucal, profilaxis, etc) se obtuvieron magnificos resultados en el comportamiento del niño.

Robertson y Robertson resumen en su artículo que existen factores que influyen en la separación madre-hijo y son:

FACTORES QUE PROVOCAN TENSION

AMBIENTE EXTRAÑO AL NIÑO, Acompañante inadecuado, empleo del lenguaje poco familiar, dolor y enfermedad.

FACTORES QUE PUEDEN REDUCIR TENSION

Acompañante adecuado (familiar preferentemente), restringir movimientos corporales.

b) FOBIA

Uno de los dilemas que ha tenido que afrontar el odontopediatra es el de seleccionar el método más conveniente de tratar al niño en edad escolar y pre-escolar que se presenta en un estado de fobia al tratamiento dental.

Estos infantes han tenido experiencias desfavorables, no necesariamente dentales y han sido condicionados negativamente

a cualquier procedimiento dental. Por medio del proceso de generalización reaccionan adversamente presentando síntomas de negación, rechazo, huída, hiperemotividad, aprehensibilidad, -- etc.

Una conducta fóbica se puede explicar como una fuerte, persistente e irracional miedo mórbido elicitado por un estímulo específico o situación específica.

CONTROL PSICOLOGICO DEL NIÑO FOBICO

Para aliviar este tipo de conductas es necesario seguir tres pasos típicamente requeridos:

1. Una lista de estímulos fóbicos o productores de ansiedad son identificados y ordenados en una jerarquía de intensidad.
2. La persona es entrenada a relajarse por métodos ya previamente desarrollados.
3. El paciente es estimulado a imaginarse o visualizar el detalle menos molesto en la jerarquía hasta que la ansiedad ya no es inducida para nada.

Una situación que es tal vez la que más elicitó estados de temor y ansiedad al niño en edad escolar y pre-escolar, es la de presentarse ante la experiencia de un tratamiento dental.

En ciertas ocasiones esta experiencia no necesariamente tiene que ser vivida con estímulos dolorosos. Son muchos los recursos con los que puede contar el odontopediatra para evitar o controlar cualquier reacción desfavorable del paciente.

Pero también existen situaciones en las cuales el infante responderá con dolor ante estímulos no nocivos. Para niños pre-escolares el hecho de ser separado de su madre la presenta una situación conflictiva. Otros niños, aún ya en edad escolar reaccionan con ansiedad ante situaciones que comunmente para otras personas no son nocivas; por ejemplo cansancio, cambios de temperatura, movimientos bruscos, luces fuertes, ruidos, etc.

Estos infantes pueden reaccionar espontánea y proporcionalmente ante estos estímulos y presentar estados incipientes de aprehensibilidad, inquietud, temor. Pero también algunos niños responden ante los mismos estímulos con estados agudos de miedo y en ciertas ocasiones hasta histeria. Habrá ocasiones en las cuales habrá aún sin estímulo aparente temper-tantrums son inducidos por estímulos no nocivos de bajo umbral.

A continuación, se reafirma al niño, se le procura seguridad y confianza, muchas veces se necesitará usar firmeza recurriendo a la autoridad para ganar su atención, sin usar métodos subersivos o represivos. Sin avergonzarlo o haciendolo sentir inadecuadamente. Pero sí haciendole sentir nuestra responsabi--

lidad y respeto. La inflección de nuestra voz y el tono, -- nuestros movimientos y expresión, en general nuestra actitud deben convencerlo de nuestra autoridad y para esto me refiero al que sepa que puede confiar y depender de uno.

Después identificado el mayor estímulo elicitor. Se prepara una jerarquía de factores promotores de ansiedad. Se induce relajaciones en el niño y hasta puede hacerse uso de - imaginación emotiva.

Si el niño presenta fobia a la inyección, primero deberán obtenerse respuestas asertivas y reafirmantes de no ansiedad al colocarle su cabeza en el respaldo, luego al abrirse su boquita, a continuación al palparle con un dedo su tejido, y después al ponerle la jeringa tapada, fuera de su campo visual sobre su hombro, luego al ponerse la jeringa junto a su diente con la punta cubierta con la tapa y así sucesivamente hasta terminar el procedimiento. A todo momento relajación del paciente debe procurarse y bajo ninguna excusa debe dársele alternativas al niño que no se respeten, o se le mienta, o se le trata de "sobornar" con promesas no justificadas, y sobre todo no se le debe provocar dolor y así acaso este es presente se le debe dar crédito al pequeño.

Haciendo uso de este sistema, innumerables serán las con-

diciones no favorables que podremos solucionar para beneficio de nuestros pacientes y también, créamelo para beneficio de nuestra profesión.

Ahora bien, ya reconociendo el problema, que se puede hacer y cual debe ser nuestra posición ante un niño en estado de fobia. Ya sabemos que nuestros procedimientos no deben producir dolor, pero aún no pasa el niño de la sala de espera y ya oímos sus gritos, o apenas se le sienta para tomar una radiografía y llora con terror, o ya estamos listos a prepararle -- una cavidad y reacciona histéricamente.

Para estos casos nos damos cuenta y nos cercioramos de que nuestras técnicas son correctas y de que no hay fundamento llamámosle fisiológico para tal respuesta. Nuestras maniobras con el niño son adecuadas, nos comportamos con seguridad y dulzura, nuestra anestesia es excelente, nuestras radiografías fueron de tamaño adecuado, nuestra luz no le molesta los ojos, nuestra voz es firme y suave y en fin, podemos repazar de talles pero todo parece ser adecuado.

Pero vemos que el niño, un ser humano individual, está - presentando una reacción fóbica y que existe un estímulo nocivo ansiedad elicitor.

Nuestro primer objetivo aquí es reconocer de inmediato ese estímulo que produce tal respuesta. El niño sólo puede estar condicionado por dos tipos genéricos de estímulos que son responsante y operante. Una condición responsante puede ser cualquier mecanismo reflejo e instinto como es respuesta al dolor, hambre, cansancio, etc. Una condición operante es una respuesta aprendida como puede ser un temper-tantrum, ansiedad inducida, inseguridad, necesidad de gratificación, etc.

c) RELACION MEDICO PACIENTE.

Las relaciones con el paciente son importantes porque -- psicológicamente hablando es útil para el dentista conocer cualquier detalle del carácter personal del enfermo, mostrar interés por éstos aspectos conducirá al paciente al sillón dental con mayor confianza. Una hoja con anotaciones de este tipo proporciona al dentista información para lograr esa mayor afectividad en las relaciones.

Todo individuo tiene una manera peculiar de reaccionar ante la forma de manejar el amor, el odio, la competencia, la rivalidad, la envidia, la relación con el dentista, etc. Al ese modo particular de reaccionar de cada individuo se le dá el nombre de "Pauta reaccional" o patrón de conducta, Estas pautas nos manejan y no son circunstanciales, sino que se estructuran en la infancia siendo el producto de la experiencia infantil el que deter

minan el destino o modelo de la conducta adulta, resultado de la interacción de las necesidades en el medio ambiente y que fueron susceptibles de imprimirle una determinada modalidad.

Si un sujeto que siempre que realizó una travesura durante su infancia fué sistemáticamente amenazado por sus padres con llevarlo al dentista para que la "Sacara una muela" o le "pusiera una inyección", este sujeto va a estructurar la fantasía simbolizando al odontólogo como un verdugo, toda la vida va a rehuir al tratamiento dental y cuando se sienta obligado a recurrir al dentista, en el momento de ver la jeringa o de aplicarse la anestesia sufrirá una lipotimia.

A medida que el organismo se modifica por el proceso de crecimiento y por cambios en el medio ambiente, el yo realiza en cada individuo modificaciones de sus patrones de conducta adquiridos durante la primera infancia. No obstante hay un principio de inercia por conservar las antiguas pautas, siendo éstas en el fondo rígidas, y lo único que cambia en lo circunstancial es el formato, transformándose en automáticas y habituales.

Todo paciente al enfrentarse al dentista va a suscitar una pauta reaccional que al ser interpretada y respetada por el facultativo se traducirá en una relación satisfactoria.

d) PREPARACION DEL NIÑO A SU PRIMERA CITA CON EL
DENTISTA.

La conducta del niño, es por lo general o cuando menos - al principio agresiva, puede presentar manifestaciones de agresividad, pataleo, berrinches, lloriqueos, gritos etc., y la -- otra forma es la pasiva, la cual consiste en que el niño desea estar escupiendo, tosiendo; pide permiso para ir al baño, vomita, habla sin cesar, etc., el dentista deberá evitar estos subterfugios y explicar al niño la necesidad de que obedezca nuestras órdenes es nuestro deber cambiar esa conducta para que en citas subsecuentes no tengamos problemas en el tratamiento de estos niños.

El niño ve al dentista como un extraño y a veces como -- enemigo, ya sea por experiencias que le han platicado y que por lo general son nocivas, a esto se debe que regularmente niños con estos problemas presenten respuestas exageradas en proporción al estímulo que se les produce, es por eso que no se debe abordar a un niño odontológicamente hablando, sin antes haber ganado su confianza y que se ponga en nuestras manos con la creencia de que nosotros le vamos a hacer el tratamiento mejor que nadie y con las mismas molestias y no solo hacerlo que lo crea, sino tratar de lograrlo, esto es posible depositando en cada - niño nuestros mejores conocimientos, conciencia profesional y

humanitaria, pensando siempre que el niño está poniendo su salud en nuestras manos, aunque él así no lo piense directamente.

La voz del dentista debe ser modulada, pausada, que todos los movimientos sean suaves y al mismo tiempo firmes, las vacilaciones y las brusquedades atemorizan al niño y le crean desconfianza.

El odontopediatra nunca debe perder su control, ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión, hacia la situación en que se encuentra el paciente. Debe así mismo detectar en forma breve y precisa los factores de angustia, para eliminarlos enseguida.

Se debe recomendar a los padres no utilizar al dentista - como un medio de amenaza o castigo para los niños, ni llevarlos sorpresivamente al consultorio. Deberán asistir a las citas con regularidad ya que el nerviosismo de sus hijos aumenta mientras más se retrase el tratamiento. Por otra parte, deben pensar que para la buena conservación de los dientes, los niños deben soportar ciertas molestias, tampoco hacerlos sentir que tienen o que padecen un problema grave en su boca, ya que esto les provocará una mayor ansiedad y temor. En todo caso, si esto fuera realidad, es recomendable no hacer comentarios negativos al respecto, aunque tampoco engañarlos.

e) FACTORES DETERMINANTES DE LA ACTITUD DEL NIÑO ANTE EL TRATAMIENTO DENTAL.

1) Factores Favorables.

- Medios educativos sobre la salud
- Influencias positivas de los padres u otras personas.
- Experiencias agradables en el consultorio, sin dolores ni molestias.

2) Factores Desfavorables.

- Escuchar experiencias desagradables (artículos, programas de radio, dibujos, televisión, negativamente empleados.
- Manifestaciones de rechazo hacia la odontología
- Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

La educación de los niños acerca del tratamiento dental, debe contener las siguientes enseñanzas, aunque serán explicadas de acuerdo a la edad y entendimiento del niño.

a) La higiene de la boca es importante para la conservación de sus dientes y de la salud en general.

b) Dientes sanos y bien conservados, forman parte de la belleza de la cara.

c) Es necesario visitar al dentista para que examine los dientes y los cure en caso de que estén enfermos, pero -- lo importante es que los conserve sanos, si aún no se encuentran lesionados.

El niño debe observar por sí mismo el consultorio dental para que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables; motivará así su interés en su próxima cita, ya que el aspecto agradable de un lugar causa una impresión bien determinada que puede ser intensa y perdurable.

El primer contacto que el niño obtenga de su primera experiencia, se recomienda sea positiva, agradable e interesante ya que en cada cita se irá mejorando, pues un solo fracaso en este sentido, puede cambiar su buena disposición.

De estas primeras impresiones que el niño obtenga tanto del dentista como de su personal, dependerá en gran parte su futuro comportamiento frente al tratamiento y cuidado de sus dientes, es decir que de la experiencia que obtenga de la primera cita resultará el mejor o peor paciente generalmente.

En lo que respecta al aspecto propiamente psicológico de esta primera visita, deseo hacer hincapié en la necesidad para los odontólogos que por primera vez van a conocer a su pacien-

te que se proceda a realizar el exámen médico, que además de brindarnos una seguridad, es un motivo de toma de contacto - con el niño. Pero además se debe intentar hacer el exámen y estudio psicológico.

El niño es visto primero en compañía de sus padres, para dejarles exponer los motivos de la consulta. Después de este primer contacto, conviene escuchar por separado a cada uno de ellos, siempre y cuando la separación no provoque reacción importante de pánico o de oposición.

Con el estudio de los antecedentes familiares, podemos - ayudarnos a precisar la naturaleza de los lazos familiares y las condiciones de vida del niño, suponiendo así un primer acercamiento psicológico de las personalidades tanto maternas como paternas. Tampoco debemos olvidar las reacciones personales del - dentista, de simpatía y antipatía.

Se puede hacer una observación objetiva del comportamiento del niño, juzgando su aspecto: Inestabilidad de ciertos niños que nunca estan quietos, tocando todo en el consultorio, o por lo - contrario, la pasividad o astenia de otros, demasiado replegados sobre sí mismos, e inclusive hóstiles frente al adulto.

El odontólogo debe estar advertido de la existencia de los "Mecanismos de proyección". Frente a las dificultades psicológi-

cas de los pacientes, todo médico tiene tendencia a "proyectarse" con su personalidad y sus propios problemas de la infancia. Para evitar reacciones instintivas e inconcientes, el dentista debe olvidarse de su "apego" habitual al paciente, --tratando de ser neutral frente al niño y sus padres. Sin hostigar al paciente con preguntas debe permitirle expresarse espontáneamente, ya sea por el lenguaje o para los más pequeños por medio del dibujo o los juegos.

Progresivamente, y luego de cierto tiempo de adaptación, al tomar confianza, el niño se vuelve capaz de expresar sus dificultades delante de un adulto que ya no aparece sistemáticamente como un juez.

T E M A I V

FACTORES DEL MANEJO DE LA CONDUCTA

Uno de los dilemas que ha tenido que afrontar el odontólogo infantil es el de seleccionar el método más conveniente de tratar al niño en edad escolar y pre-escolar que se presenta en el consultorio.

Desde que Freud estableció la importancia de la transferencia y la contratransferencia* observamos que son esenciales para obtener un mejor pronóstico en nuestros pacientes. Por ello, consideramos que en cada especialidad deberían elaborarse patrones de conducta destinados a obtener este propósito, teniendo cada especialista la preparación básica para determinar en que forma debemos manejar, desde el punto de vista psicológico, a cada uno de nuestros pacientes.

* Transferencia.- Freud dió el nombre de transferencia al conjunto de fuerzas conscientes e inconscientes dirigidas del paciente hacia el médico, pudiendo ser afectivas o agresivas. Por medio del análisis de estos impulsos que incluyen actitud, expresión y gesticulación del paciente.

Contratransferencia.- Es el grupo de impulsos psicológicos empleados por el médico y dirigidos hacia el paciente pudiendo ser también afectivos o agresivos, dependiendo de la conducta del doctor.

a) PERSUACION

Uno de los aspectos básicos de la terapéutica de -- sostén es la importancia de la actitud y de los modelos - del dentista. "Es posible evitar un gran número de abe-- rraciones de la percepción, si el dentista demuestra --- calor, amistad y tranquilidad en el trato de su paciente".

La persuasión es un procedimiento activo que nos -- es de mucha utilidad en el manejo del niño ya que nos ayu da a lograr un mutuo entendimiento entre dentistas y pa-- ciente sobre lo que se está hablando, o sea el estableci miento de la comunicación, que es uno de los principales objetivos que se pretende obtener. Para lograr la comuni cación verbal nos podemos valer de preguntas con respecto a su persona o medio ambiente, sin embargo la comunicación que es uno de los principales objetivos que se pretende - obtener. Para lograr la comunicacion verbal nos podemos valer de preguntas con respecto a su persona o medio ambien te, sin embargo la comunicación, no solamente significa -

conversación sino efectuar acciones como acariciarle la mejilla, el cabello, etc, que pueden conducir al niño a dar su aprobación y aceptación.

Los componentes verbales y no verbales de la comunicación deben ser todo el tiempo específicos y simples, -- teniendo en cuenta el nivel de comprensión del niño, ya que no es lo mismo como se expresan las ideas, a lo que realmente se dice. El escuchar y ver influye en la persuasión de su propio lenguaje, por lo que si el mensaje no concuerda, se distorsionará lo que se ve y oye, cambiando el significado de éste.

Tanto la actitud, como los sentimientos son importantes para llegar a establecer la comunicación. El odontólogo deberá aceptar al paciente no solamente cuando demuestra buen comportamiento, sino también cuando es rebelde y agresivo, pondrá atención a sus palabras y sentimientos, contestando a sus preguntas de la mejor manera posible sin dar rodeos, empleando un lenguaje y conceptos al nivel de su entendimiento.

El dentista puede ser infinitamente útil cuando dedica el tiempo suficiente para conquistar la confianza de su paciente para ello ha de acercarse con consideración y una seguridad hábil.

Addels ha descrito la técnica de "Decir, mostrar y hacer" cuyo procedimiento es el siguiente.

Se deberá explicar al niño como y por qué se van a emplear los aparatos con los cuales va a tener contacto, como el aparato de rayos "X", la lámpara dental, algunos instrumentos, etc. Se le darán a entender los procedimientos que se realizarán como son la profilaxis, toma de radiografías, examinación oral, etc., en un lenguaje claro, de acuerdo a la edad y talento como sea necesario, -- hasta que el niño quede enterado de lo que será el procedimiento, evitando cualquier comentario que pudiera ser mal interpretado o que alarme al paciente, provocandole temor y desconfianza. El dentista se puede ayudar demostrandolo sobre él mismo y por último sin desviarse de la explicación y demostración del tratamiento, se llevará a la práctica. Los materiales que se empleen dentro de la boca tales como restauraciones con amalgama de plata, coronas de acero cromo, policarbonato, sellador de fisuras, toma de impresiones con alginato, etc., deberán de ser -- explicadas detalladamente evitando el empleo de palabras completamente desconocidas para él.

Es muy importante evitar ruidos innecesarios, así como gestos o alguna otra manifestación ya que se podría

perder la relación o simpatía lograda entre el dentista y el niño, por lo que los instrumentos que producen ruido - deberán de ser mostrados a cierta distancia de manera que el niño no pueda ser sorprendido. En el caso de la pieza de mano solo se le permitirá sentir la vibración, sin presión tratando que logre llegar a diferenciar entre ruido, vibración y dolor. Esta técnica deberá de ser empleada - desde que el niño entra al consultorio, hasta el fin del tratamiento.

Tanto el dentista como su asistente, deben tener cuidado de escuchar lo que el niño está diciendo, así como - preguntas o comentarios que nos hagan, ya que pueden ser - fácilmente mal interpretados o entendidos. Se le deberá mostrar absoluta confianza para que nos pregunte sobre -- aquello que le cause miedo, como sería el equipo dental o el tratamiento que se esté realizando y no intentar callar lo o interrumpirlo puesto que perderíamos su confianza.

La administración del anestésico local juega un papel muy importante en la práctica diaria, por lo que debemos tener en cuenta los siguientes detalles: Quién trabaje con niños, deberá tratarlos individualmente según su - edad y mentalidad, recordando que muchos no tienen el suficiente dominio de sí mismos y expresan sus sentimientos desagradables en diversas formas y tonos.

El odontólogo deberá tener una conversación previa con el niño para evitarse un rechazo rotundo si ha tenido una experiencia previa desagradable, se le dará una explicación del empleo de la anestesia y de los efectos que -- ésta le va a producir, nunca se le mentira acerca de la molestia o dolor, ni alejarlo de ello. Para aquellos niños que nunca han experimentado una anestesia local, se le explicará la sensación del adormecimiento sobre sus tejidos e inclusive se recomienda darle un espejo al niño, inmediatamente después de aplicarla, para que observe que nada ha modificado la estructura original de su boca y de su cara. El dentista deberá mostrar seguridad, con una actitud positiva, cuando se aproxime el niño debe confiar en su habilidad, no manifestando gestos de preocupación o susto ya que afectaría inmediatamente el comportamiento del niño, si éste se encuentra observándolo.

Es importante el empleo del anestésico tópico en el sitio donde se haga la punción, por lo menos un minuto -- antes de su aplicación para lograr un mínimo de dolor y angustia.

En el momento de la aplicación del anestésico, se deberán evitar manipulaciones bruscas del dentista, así como evitar la interferencia del paciente, por lo que la asistente deberá encontrarse cerca del niño en caso de que

esto pudiera ocurrir.

Es primordial evitar que el niño observe como prepara la asistente la jeringa y en que forma y cómo nos la entrega, para que sea apropiadamente llevada a la boca. Es muy importante que se distraiga su atención en esos precisos momentos con pláticas sobre temas completamente ajenos a la odontología, por lo que debemos evitar el silencio.

Existen dos tipo de caricias:

- a) Las positivas (que se dan verbalmente)
- b) Las negativas (con amenazas)

a) Las Positivas.- Son las que se dan por medio de frases, palabras de aceptación, de estímulo, sonrisas o caricias físicas, por el contacto y la proximidad.

b) Las negativas.- Con acciones físicas, gestos, etc. En caso de que el dentista emplee constantemente las caricias negativas para adquirir un comportamiento determinado, deberá considerar el precio o consecuencia que esto puede ocasionar.

Se deberá establecer ante todo una mutua simpatía antes de iniciar el tratamiento para que de este modo, muchas órdenes sean más tarde efectivas.

El odontopediatra hará entender al niño que se encuentra completamente capacitado tanto en conocimiento -- como en habilidad, así como de que es capaz de ayudarlo - sin hacerle ningún daño innecesario.

Debemos tener en cuenta que los niños de dos y medio y tres años de edad, son generalmente incapaces de entender expresiones directas así como suplicas respecto a objetos presentes; como "Sé un niño bueno", "comportate -- bien", etc.

Los niños de tres, cinco y siete años de edad tienen mayor desarrollo intelectual, además de que las fantasías son muy notables.

Los niños de cinco, siete y nueve años de edad son capaces de actuar socialmente, aunque algunos no entienden las consecuencias de sus acciones.

Existen tres elementos importantes para lograr la - comunicación en el consultorio dental y serán representados de la siguiente manera:

- a) El dentista será el trasmisor
- b) El consultorio el medio
- c) El paciente el receptor

El odontólogo deberá asegurarse de que su transmisión sea interesante, informativa, amigable, confidencial y sin cesa. Debe tener paciencia pero hacer sentir su autoridad, tener suficiente habilidad para trabajar.

El consultorio debe estar bien adaptado, que se -- sienta tranquilidad y bienestar con motivos o cuadros que se encuentren en él.

Con estos elementos el paciente va a ser un buen receptor y nos va a permitir trabajar con facilidad.

b) CONTROL DE VOZ

Se ha reconocido y valorado la importancia que tiene el tono de voz que el dentista emplea al dirigirse a sus paciente; por lo que un cambio en el volumen, firmeza y - suavidad de ésta nos ayudará a obtener la atención del ni ño, que es el objetivo primordial tanto del control de -- voz como de todas las técnicas que se emplean en el con-- sultorio.

Debemos tener muy en cuenta el evitar las conversa-- ciones monótonas así como un tono de voz muy suave, ya que no es tan importante lo que se dice, sino como se dice, -- puesto que se pretende influenciar directamente en el com-

portamiento sin que medie el entendimiento.

El control de voz es más efectivo cuando se emplea - en conjunción con la comunicación, que es un intercambio - de experiencias comunes, cuyo propósito es un mejor acercamiento con los pacientes. No debemos olvidar que el significado del mensaje que se trasmite al niño puede llegar a ser interpretado de diferente manera por él. Se recomienda que nos lo repita en sus propias palabras.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud - confiada, así como un tono de voz fuerte y firme cuando se ordene al niño hacer algo, de manera que el mensaje resulte eficaz, ya que si se emplea un tono de voz débil y una actitud nerviosa, se obtendrá como resultado el efecto -- contrario al deseado.

El cirujano dentista debe modular y adaptar su voz - al expresarse, proyectando una imagen de confianza, paciencia, comprensión, autoridad, sinceridad al niño, para lograr un mejor acercamiento de acuerdo al caso.

c) TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ

Es una de las técnicas que suscita más controversias en cuanto a su aplicación en el manejo del niño difícil.

Se coloca la mano sobre la boca del paciente cubriendo la nariz (en caso necesario), con la cara muy cerca de la suya y le digo directamente al oído "Si quieres que retire mi mano, deberás dejar de llorar y escucharme, sólo quiero ver tus dientes".

Después de pocos segundos se vuelve a repetir lo mismo y se añade "¿Estas listo para que quite mi mano?". Si el niño asiente con la cabeza, se retirará la mano. Si una vez llevado a cabo esto, el niño continua gritando, se repetirá la acción cuantas veces sea necesario hasta lograr el objetivo deseado.

Mientras el niño se repone, se entablará una conversación con el objeto de distraer su atención, hablándole acerca de temas completamente ajenos a su conducta o al consultorio.

Una vez realizado el tratamiento de esta cita y antes de que el niño salga del consultorio, se le pedirá que haga dos favores, uno que se le "quiere ver otra vez" y el otro que les diga a sus padres "que se ha portado bien".

Varios autores dan su opinión al respecto, como el caso de Mc Gregor, que es el primero en manifestar su desacuerdo hacia la técnica mencionada, describiéndola como anticientífica.

Davis y King sugieren que es un tratamiento tan -- drastico que podría llegar a ocasionar un trauma psicológico teniendo como resultado terrores nocturnos y un re-- sentimiento en el niño perdurable.

Sweet, considera que la técnica no es necesaria ya que contamos con los métodos modernos de premedicación. - Lauterstein nos dice que estas opiniones son preconcebidas y que es preferible observar la habilidad del dentista para su uso.

Finn, establece que es una medida extrema y solo deberá emplearse como último recurso, opina que no es factible llegar a provocar un trauma psicológico, ni tampoco -- afectar el comportamiento del niño en citas subsecuentes. Wilson, señala que la nariz del niño puede cubrirse con la mano hasta que realmente necesite aire, estando de acuerdo en que es una medida extrema y que su empleo es justificable en casos especiales; sin embargo Chamber establece que además de lograr la protección de posibles golpes por parte del niño, tanto el dentista como a su asistente, se le hará tomar conciencia de que su estrategia no sirve en un momento dado.

Se enfatiza que la técnica nunca deberá ser empleada como un castigo y que se llevará a la práctica en niños --

saludables y mayores de tres años, contraindicándose en ni ños con retraso mental o muy pequeños. Sin embargo su -- aplicación no es recomendable en conjunción con medicación sedativa previa.

Los tipos de conducta no deseados indican el empleo de este procedimiento en los siguientes casos: histeria, - berrinche, desafío, descontrol emocional importante.

Hay acuerdos generales que nos indican que esta téc- nica dá lugar a que la relación paciente dentista resulte imposible.

El principal objetivo de esta técnica es obtener el control del paciente para que nos preste atención y nos -- escuche, estableciendo así una comunicación, objetivo que puede lograrse al modular el tono de voz con autoridad, ha ciendole entender que es el especialista quien realizará - el trabajo y que es el único que determinará cuando se hará. Una vez obtenido el control, el niño nos permitirá ver sus dientes así como la toma de radiografías, profilaxis, etc. hasta terminar el tratamiento completo de su boca.

Levitas ha sugerido que las dificultades a menudo -- pueden producir problemas de conducta, por lo que la técni ca mano sobre boca puede ser discutida por anticipado con

los padres, los cuales antes del tratamiento para que se proceda a realizarse todos los servicios dentales necesarios.

Queda establecido que antes de aplicar la mencionada técnica, todos los medios para establecer la comunicación deben haber sido agotados. Cuando esto no ha tenido resultados favorables y la conducta del niño continua sin control, se hará uso de ella.

El dentista debe controlar bien sus emociones ya que de lo contrario podría resultar un manejo impropio de su conducta, mallograndose de este modo los propósitos del odontopediatra.

d) MODELAJE

La técnica de modelaje empleada en el consultorio dental, es un procedimiento que tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente logrando una reducción del miedo y ansiedad.

Este se encontrará como observador, mirando el comportamiento del modelo durante el tratamiento, que puede encontrarse presente (vivo) o filmado (simbolico), obteniendo los mismos resultados de éxito de las dos formas.

Con la técnica de modelaje, se han logrado obtener tres finalidades, que son las siguientes:

- a) Adquirir una nueva conducta
- b) Eliminar el miedo que se encuentra asociado con un estímulo.
- c) Obtener la atención del paciente

Adelson llevó a la práctica un estudio en el cual se demostró que gracias al film se pueden lograr cambios en el comportamiento del paciente temeroso de los dentistas.

Sawtella explica que un niño es capaz de aprender patrones de conducta aprovechando su susceptibilidad al modelaje e imitación, con el empleo de técnicas como la ya mencionada, modificación de conducta, etc., que provocan la estimulación cooperativa del niño así como el mejoramiento de la higiene bucal en el futuro. Todas estas técnicas serán empleadas en el momento en que el paciente entra al consultorio con un comportamiento inadecuado.

Melamed y Col. al llevar a la práctica experimentos con dos grupos de niños, observaron que los que vieron el video-tape adquirieron una conducta menos temerosa durante su tratamiento dental en comparación con los otros niños que no lo vieron.

En la práctica privada, debemos considerar el tiempo que se encuentran en la sala de espera, antes de ser atendidos, ya que pueden encontrarse influenciados por la ansiedad materna. El modelaje vendría a beneficiarlos con un mínimo esfuerzo. Un paciente con comportamiento poco cooperativo se evitará como modelo por lo que el dentista decidirá que tipo de paciente podría ser empleado como tal y a quien le favorece la observación del mismo.

Una vez que se ha decidido aprovechar el modelo, se deberán elegir de preferencia niños de la misma edad y sexo.

d) DESENSIBILIZACION (DESENSITIZACION)

Técnica considerada por los terapeutas de la conducta como un medio favorable para poder reducir la ansiedad del niño, así como el de un comportamiento inadecuado, temor intenso, fobia hacia el tratamiento dental, que como consecuencia tratarán por todos los medios de eludir, no prestando una cooperación adecuada y provocando una situación que influirá sobre la salud tanto física como psicológica.

Se explicará la técnica de desensibilización que se empleó con una niña. Lisa, la menor de siete hermanos, --

quien desde muy pequeña estuvo internada en hospitales, padeció graves enfermedades que requirieron tratamiento quirúrgico, aplicación de grandes dosis de penicilina, teniendo como resultado un comportamiento fóbico hacia el tratamiento médico-dental y hacia todas aquellas personas que usaran uniforme o bata blanca, por ello se penso en la técnica de "desensibilización".

La metodología en la que la presente técnica está -- basada proviene en parte de estudios realizados por Jones, en donde se motiva una respuesta en presencia de estímulos que provoquen miedo, en adición a un procedimiento de imitación social o modelaje. Se redujo la fobia del paciente como consecuencia de la observación del comportamiento adecuado de un niño.

Fueron nueve sesiones en 24 días, en donde el tiempo de estancia de Lisa en el cuarto de examinación fué aumentando de 6.7 minutos a 22 minutos, con un incremento de -- 2.0 minutos en cada sesión.

Las respuestas fueron divididas en dos clases, las cooperativas y las emocionales (llanto o resistencia física).

Puesto que la mamá de Lisa tenía un alto grado de an

siedad con respecto a las reacciones de su hija hacia el tratamiento dental, reforzando así el miedo en Lisa, un segundo objetivo fue desensibilizar también a su madre, esto se logró, pero cuando el miedo y la ansiedad de Lisa disminuyeron.

La primera sesión, los dentistas (sin usar bata blanca) estuvieron hablando con Lisa, su hermana y su madre durante algunos minutos en la sala de espera. Posteriormente su madre las acompañó al consultorio y las dejó, observandolas desde un cuarto anexo.

Lisa vió a su hermana sentada en la silla dental --- mientras el especialista platicaba con ellas, la última no mostró miedo durante el examen dental (Lisa se sentó en la silla dental por dos minutos mientras el doctor conversaba con ellas, la sesión terminó después de 6.7 minutos.

En la segunda sesión Lisa y su hermana fueron separadas de su madre en la sala de espera y ya en el consultorio se sentó a la hermana en la silla dental mientras se le examinaban los dientes. Se le realizó una limpieza y colocación del eyector, mientras Lisa observaba. Entonces se le invitó a sentarse en la silla dental, una vez realizado el procedimiento con su hermana, mismo que se le practicó a Lisa.

Durante estas sesiones, el dentista se mostró muy -- amistoso reforzando la cooperación de ambas niñas.

La misma técnica fue empleada durante la tercera sesión, con la excepción de que Lisa fué sentada en la silla inmediatamente que entró al consultorio, después su hermana se sentó una vez que terminaron con Lisa. Durante esta se si ón Lisa lloró durante tres minutos mientras se limpiaban sus dientes, pero cooperó ya que no hubo resistencia física al procedimiento.

La cuarta y quinta sesión fueron similares a las anteriores con un total de 10 segundos de llanto. Durante la sexta visita, el dentista uso una bata blanca y Lisa no respondió desfavorablemente, se realizó un cambio adicional, su hermana fué llevada a la sala de espera después de que ambas habían entrado al consultorio, este procedimiento se repitió en la séptima visita y la asistente dental usó también una bata blanca. Durante las dos últimas sesiones, la hermana de Lisa se quedó en casa y ella llegó únicamente con su madre. En las cuatro últimas visitas Lisa no -- lloró, ni mostró resistencia alguna al procedimiento. El objetivo de las cuatro visitas finales, fue el de desapare cer el modelo, alimentando el número de estímulos y peticio nes para que Lisa cooperara.

Este procedimiento se llevó a la práctica en la Universidad de Medicina de Oregon.

Wolpe opina que la desensibilización es efectiva -- porque el paciente es enseñado a sustituir una apropiada -- respuesta emocional (relajación), por una respuesta emocional inapropiada (ansiedad). D'Zurilla ha sugerido que tanto el proceso de relajación profunda, así como el imaginario de la desensibilización pueden no ser precisamente necesarios para lograr buenos resultados con el empleo de -- está técnica.

Gale ha sugerido el uso de ella para tratar las fobias dentales que frecuentemente se encuentran asociadas a la idea o sugerencia de dolor, al relacionarlas con las -- preparaciones de cavidades extracciones, etc., o hacia todos aquellos tratamientos que lleguen a provocar que el paciente se anticipe al dolor volviéndose hipersensible.

T E M A V

H A B I T O S

- a) BRUXISMO, BRUXOMANIA O RECHINAMIENTO DE LOS DIEN
TES.

El bruxismo es el frotamiento habitual de dientes, -
durante el sueño o como hábito inconsciente en horas de --
trabajo. Este término suele ser aplicado al hábito de apre-
tar durante el cual se ejerce presión sobre dientes y pe--
riodonto, y también al golpetero repetido de dientes.

En una revisión del tema realizada por Nadler, y --
Meklas, se consigna que las causas son:

- 1) Locales
- 2) Generales
- 3) Psicológicas
- 4) Ocupacionales

1.) Factores Locales.- Están relacionados con algún
tipo de alteración oclusal leve que produce molestia leve
y tensión crónica. Se ha dicho que muchas veces el bruxis-
mo se convierte en hábito como resultado de un intento in-

consciente del paciente por poner una mayor cantidad de dientes en contacto o por contrarrestar una situación local. En niños, el hábito suele tener relación con la transición de la dentición primaria a la permanente y puede ser producto de un esfuerzo inconsciente por ubicar los planos dentales individuales de manera que la musculatura repose.

2. Factores Generales.- Han sido propuestos como importantes desde el punto de vista etiológico, pero resulta difícil determinar el papel de la mayor parte de ellos. Han sido mencionados como factores causales trastornos gastrointestinales, deficiencias nutricionales asintomáticas, trastornos alérgicos y endocrinos.

3. Factores Psicológicos. Estos factores son de lo más común que existe. La tensión emocional se expresa a través de una cantidad de hábitos nerviosos, uno de los cuales puede ser el bruxismo. Así pues, cuando una persona siente temor, ira, rechazo u otras emociones que no puede expresar, permanecen ocultas en el subconciencia, pero se manifiestan periódicamente de muchas maneras. Se ha observado que este padecimiento es común en las instituciones de salud mental. Esta es una manifestación de tensión nerviosa, muchas veces los niños también lo manifiesta al

estar constantemente mordisqueando los juguetes.

4. Factores Ocupacionales.- Las ocupaciones de -- ciertos tipos favorecen el establecimiento de este hábito. Es frecuente que los atletas entregados a actividades físicas tengan bruxismo. Es voluntario en personas que habi-- tualmente mascan goma, tabaco u objetos como palillo de -- dientes o lápices.

Las personas con bruxismo realizan movimientos típicos de rechinado y apretado durante el sueño o subconcientemente durante la vigilia. Cuando el hábito está firme-- mente establecido, puede haber una gran atricción odesgaste de dientes, no solo en superficies oclusales sino tam-- bien en las interproximales.

b) SUCCION DEL PULGAR O CHUPA DEDO

La succión del pulgar es un hábito muy común en los niños. Los trastornos que produce la succión afectan tanto a la estética como a la función. El grado de severidad es variable; desde desplazamientos insignificantes hasta - mordidas abiertas serias. Hotz refiere que el tipo de succión puede ser deducido por la clase de maloclusión presenta

te.

Diversos autores consideran la succión del pulgar -- como algo normal hasta los 4 años de edad, tiempo en que -- la mayoría de los niños abandonan por sí mismos el chupe-- teo, como respuesta a las presiones sociales.

Por lo que concierne a sexo y estrato socioeconómico, Infante encontró que en las niñas prevalece por más tiempo el problema de chupar el dedo que en los niños. También -- notó que en los niños de clase media de las ciudades el -- hábito es más común que en niños de clase baja del medio -- rural.

A continuación se detallan tres teorías de Fletcher sobre la etiología de la succión del pulgar.

1. TEORIA PSICOANALITICA O TEORIA PSICOANALITICA DE FREUD

Esta teoría nos dice que la succión es un síntoma -- neurótico de una perturbación emocional resultante de una fijación del estadio psicosexual oral. La misma teoría -- dice que si hay una frustración o sobreindulgencia de nece sidades orales durante la infancia, la conducta posterior del niño sufrirá algún deterioro.

2. TEORIA DE LA PERDIDA DE LA FUNCION

Se basa en que la succión insuficiencia o inadecuada en los primeros 24 meses de vida contribuye a la formación del hábito. Levy llega a creer que una reducción o una facil succión del seno materno o del biberón son causa de la instalación del chupeteo.

3. TEORIA DE LA CONDUCTA ADQUIRIDA

Esta teoría sugiere que el niño aprende a asociar la succión con perspectivas agradables como la hora de comer o el saber que pronto lo tomarán en brazos.

Los partidarios de esta teoría se basan en las leyes del aprendizaje en lo que Pavlov describe como el fundamento de los patrones de conducta.

Oteos autores describen estos patrones así; el niño aprende a asociar el chupar el dedo con muchas situaciones; la ingestión de alimento, el calor y seguridad, atención - de los padres y la renuncia de agresión. Cuando el efecto de esta conducta asociada es gratificante, la conducta se-guirá.

4. TRATAMIENTO

Los padres frecuentemente no saben la forma correcta de tratar el problema y casi siempre caen en métodos tales como castigos corporales, sobornos, ,aplicar substancias desagradables en el dedo o ridiculizar al niño. Esto es contraproducente. Gellis advierte que la colocación de artilugios sobre el pulgar, los reproches, las reprimendas y los castigos son tan imprudentes como desagradables; y solo incrementan el negativismo del niño y lo hacen sentirse desgraciado. Circunstancias ambas que tienden a intensificar el hábito.

Generalmente cuando nos llevan a un niño para que le quitemos el chupeteo, es porque casi siempre los padres han fracasado. Se procederá a explicar al pequeño los problemas que tendrá si persiste en su hábito. Usualmente lo entienden y están dispuestos a cooperar (sobre todo si ya son un poco mayores). Nelson sugiere que si el problema está muy arraigado, es necesario convencer al niño para que acepte la instalación de un aparato "recordador" con protección en la zona anterior del paladar, ya que de este modo no puede llegar a hacerse el vacío y se pierde el interés por la succión.

Esto puede ser útil, pero nosotros solo lo pondríamos con la aprobación del niño. Ya que de no ser así, puede suceder que no lo use, lo rompa, lo esconda o lo que sería peor que derivara en otro hábito.

Es muy importante y conveniente hacerle notar al niño que el dejar de chuparse el dedo o de comerse las uñas requerirá de un gran esfuerzo por parte de él. Debemos -- aclararle al niño que en el caso que algún día no pueda controlarse, que no sienta vergüenza, pues no es raro que --- esto suceda al principio.

Es recomendable también estimular al niño de alguna forma que él elija por los días en que no se chupe el dedo. Esto será dicho enfrente de los padres para darle al niño su individualidad desde el principio, ya que uno de los factores que predisponen a los hábitos perniciosos de chupar el dedo y comerse las uñas es debido precisamente - por privarlos de su individualidad.

T E M A V I

CONTROL CLINICO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE INFANTIL

Al realizar un control clínico de un paciente infantil nos encontramos en la imposibilidad para efectuar el análisis psicológico de cada uno de nuestros pequeños pacientes y caemos en el error de no juzgar correctamente al guna actitud psicológica del niño.

Al iniciarse la actividad dental, la mayoría de los dentistas se dan cuenta de la necesidad de comprender los múltiples aspectos de la relación mutua entre dentistas y pacientes, si se desea conseguir el máximo éxito en sus tratamientos.

Las investigaciones psiquiátricas han demostrado que cuanto menos edad tiene el niño, mayores son los efectos traumáticos de la experiencia negativa y los estímulos externos de igual signo. Las primeras experiencias vitales del niño se centran en torno a su boca el órgano que le proporciona sus primeros goces y alivia su apetito. Si comprendemos que el niño experimenta un gran placer a través de la boca, apreciaremos mejor la significación de los sentimientos afectivos asociados. Sin embargo, cuando em-

pieza la dentición, el niño suele sentir dolor en la misma zona de la que tanto placer ha recibido anteriormente. -- Estas primeras experiencias producen intensos sentimientos de amor, en respuesta a la satisfacción oral, y de odio, - en respuesta al dolor oral o a una frustración oral excesiva.

Los esquemas reiterativos de las primeras experien-- cias infantiles son determinantes considerables de otros - posteriores de conducta. A través de la boca empieza a -- relacionarse el niño con su madre, y de la naturaleza de - estas relaciones depende a menudo que el niño llegue a ser una persona de caracter fundamentalmente optimista o pesimista. La confianza o la desconfianza básicas se constituyen durante los primeros años de la vida.

El uso de "Pedi-wrap" (envoltorio infantil) en los casos de niños accidentados menores de tres años de edad, es una gran ayuda para el control físico del paciente in-- fantil.

Los padres pueden ser una ayuda en la mejor coopera-- ción de los niños menores de tres años de edad o en los mayores accidentados, siempre y cuando sean nuestros acompañantes silencioso y no intervengan en los procedimientos -

que el dentista efectúa para resolver el problema clínico.

Cualquier tipo de niño puede ser llevado a aceptar - tratamiento dental bajo las siguientes condiciones:

- Que esté capacitado para entender el lenguaje articulado.
- Que no tenga algún impedimento, como es la parálisis cerebral, en el cual el paciente muchas veces entiende el lenguaje articulado pero no puede controlar sus movimientos
- Que no tenga retraso o debilidad mental.
- Predisposición contra el dentista y predisposición contra el paciente.

El trabajo en equipo por cirujanos dentistas que tengan entrenamientos similares y una política de tratamiento pre-establecido evitan un gran número de problemas de conducta en la zona de trabajo odontológico, pues se pueden observar, desde diferentes ángulos, el comportamiento y -- las actitudes psicológicas de los niños problema.

Los elementos de medicación previa para controlar la conducta del paciente infantil no se deben prescribir indiscriminadamente. Cada niño tiene su propio patrón particu-

lar de desarrollo y maduración mental. Son mejores cinco minutos extras de acondicionamiento psicológico a la situación dental, que cualquier administración de un ataraxico.

En los niños se puede observar bruxismo o bricomanía que son reacciones emocionales o frustraciones, y simulan la respuesta mordiente de los niños en la época de la dentición, que suele ser su primera frustración oral.

La succión del pulgar es otra expresión emocional propia de la boca, denota la tentativa del niño por obtener seguridad repitiendo lo que al principio se le proporcionaba mientras era amamantado. Esta necesidad afectiva plantea a veces problemas dentales que no pueden considerarse solo desde el punto de vista estructural. La obstrucción forzada de este vicio produce generalmente en el niño un efecto emocional nada satisfactorio, reemplazar el dedo por un juguete puede ayudar a resolver este problema.

Cada individuo, en su existencia actual, está sometido a factores irracionales que han dejado huella en el período inicial de su vida. Una experiencia dental puede revivir en un paciente los sentimientos más primitivos y los móviles más irracionales cuyo origen está en el modo impreciso en que el niño ve el mundo durante sus primeros seis meses de vida. Estas experiencias primitivas de la infan-

cia guardan estrecha relación con la boca por lo cual afectan directamente a la odontología.

Lo racional o lógico que nos permite comprender conductas y reacciones irracionales, se basa en un concepto derivado de las etapas del crecimiento y desarrollo iniciales del niño.

TEMA VI

CONTROL CLINICO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE.

a) ASPECTO PSICOLOGICO.

La función primordial de la mente, desempeñada por el yo, consiste en integrar y dominar estímulos del ambiente de manera que se satisfagan necesidades razonables con mínimo peligro para la supervivencia. El vigor y la eficacia de las funciones del yo determinan si la conducta de un paciente es razonable o en su tipo de reacción se manifiestan conflictos irracionales que arrancan de la infancia.

Se manifiestan conflictos irracionales que arrancan de la infancia. Las funciones del yo comprenden la percepción e interpretación de acontecimientos de la vida real, seguidas de una reacción adecuada a ellos. Sirven también para limitar y reducir al mínimo sentimientos y tensiones internas suscitadas cuando una experiencia corriente recuerda a un individuo un conflicto reiterado y penoso, sepultado hasta entonces en su inconsciente.

Una conducta no razonable o una interpretación errónea provienen:

1) De una experiencia actual que sea vivo recuerdo de otra pasada, conflictiva, penosa y desconcertante.

2) De un fallo o una alteración de las funciones del yo.

3) De una frustración prolongada y de efecto continuo, que intensifique mucho sentimientos y tensiones internas.

Este programa básico es muy importante en la práctica general de la profesión y se puede ampliar así:

a) Cuando el yo del paciente funciona con debilidad, el dentista observará numerosos signos de conducta irracional, -- exenta de realismo. El yo funciona débilmente durante el sueño y la enfermedad y cuando una persona ha estado sometida a -- sobrecarga. El empleo diurno de barbitúricos despierta la actividad del yo. Los sosegantes modernos alivian la ansiedad -- sin retardar el intelecto, como hacen los barbitúricos.

b) El estímulo externo se ha reducido experimentalmente. Esta merma del sensorio produce alucinaciones, ilusiones y -- juicios irracionales en una persona normal encerrada en una -- habitación oscura y silenciosa durante un lapso prolongado.

Quando la exposición a acontecimientos del exterior se re

duce a un mínimo, el equilibrio oscila, naturalmente, hacia -- sentimientos y tensiones internas que, a su vez, pueden evocar conflictos irracionales de la niñez. Todo lo que disminuya la experiencia externa, incluidos el lavado de cerebro, la hipnosis y la anestesia ligera, produce este estado psicológico.

La hipnosis y la anestesia ligera pueden ser superadas por una persona que posea una fuerte estructura del yo, porque tan pronto como tiene ocasión de atender al mundo que la rodea, se alivian las presiones procedentes de sus conflictos internos; más pueden provocar un estado psicótico en otra que tenga una estructura débil del yo, pues se siente abrumada por sus tensiones y presiones internas y es incapaz de percibir luego las cosas con realismo. Los barbitúricos, la hipnosis y la anestesia ligera deben evitarse en el tratamiento de sujetos que aparentemente son muy poco capaces de captar la realidad.

c) Se acentúan impulsos y sentimientos:

- Cuando ha habido una prolongada falta de satisfacción.
- Cuando se presenta una tentación poderosa.
- Cuando se presenta fisiológicamente, por efecto de cambios hormonales que se desarrollan durante la

adolescencia.

- Psicológicamente, como compensación de sentimientos de privación de la femineidad, en la menopausia.

d) Una experiencia externa actual puede evocar un conflicto antiguo olvidado, oculto en el subconsciente, y estimular así una conducta irracional no realista, de tipo más apropiado a relaciones y experiencias pretéritas que al presente. En la práctica dental se presentan muchos y muy buenos ejemplos de ellos porque sus intervenciones sirven fácilmente para evocar conflictos de la primera edad, cuando las experiencias orales tenían una gran importancia afectiva. Además, en la práctica dental, el paciente depende del "sanador". La relación dentista-paciente determina una transferencia de sentimientos y temores infantiles, tardios de la relación del niño con sus progenitores, y que se atribuyen inconscientemente a todos los "sanadores".

Si se comprende este modelo básico de conducta resulta más fácil analizar esos ejemplos de irracionalidad que se observan en el gabinete del dentista. Muchos otros son secretos y se manifiestan sólo sutilmente, como un tema subyacente de desconfianza.

b) FUENTES DE CONDUCTA NO COOPERATIVAS.

La falta de cooperación del niño en el consultorio dental puede atribuirse a determinados factores, se mencionarán - aquellos en que la familia se encuentra involucrada:

- 1) Conducta adquirida
- 2) Emplear la visita del dentista como un castigo para el niño.
- 3) Ansiedad del niño, tanto interna como externa.
- 4) Discusiones de experiencias odontológicas desagradables frente al niño.

Cuando el niño se siente incapaz de sobrellevar y afrontar los problemas que se presentan en su medio ambiente tales como -- actitudes negativas de los padres, vida familiar insatisfactoria, etc., se producirán cambios durante el desarrollo de su salud emocional y su conducta.

Se ha demostrado que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño va a tener repercusión sobre su comportamiento. Así tenemos que la preocupación por problemas tales como pobreza, trabajo inadecuado, relaciones familiares infelices,

fricción matrimonial, fatiga, enfermedad etc., son factores - que pueden agotar la capacidad tanto del padre como de la madre de dar algo a los demás.

Por el contrario, si el niño vive en un ambiente en donde hay buena alimentación, alojamiento confortable, cariño, atención y protección de los padres, son factores que van a contribuir en su formación de carácter y convivencia con otras personas.

TEMA VII

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DEL COMPOR-
TAMIENTO DEL NIÑO.

a) PREMEDICACION.

El administrar ataráxicos en forma general y a dosis generales en relación a la edad no es conveniente, ya que existen algunos pacientes de la misma edad que necesitarán dosis mayores o menores según su grado de excitabilidad y de su respuesta individual.

El tratamiento de un enfermo angustiado y emocionalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica del dentista. No cabe duda que el empleo prudente y juicioso de la premedicación puede ser muy valiosa en estos casos. Sin embargo las drogas no deben ser sustitutos para lograr el acercamiento fundamental no farmacoterapéutico del manejo de la conducta sino más bien son coadyuvantes que pueden servir a los odontólogos como un medio para poder brindar el tratamiento adecuado a los niños que presentan un comportamiento difícil.

Chamber, puntualiza estar en contra del imprudente uso de la premedicación para tratar los problemas de conducta, -

por otra parte, el manejo psicológico de la ansiedad debe tratarse ayudando al paciente a vencerla.

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente en cada paciente; si el dentista no logra conquistar la confianza de su paciente, e impide la resistencia a la anestesia local, entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el Sistema Nervioso -- Céntral.

La premedicación es imprescindible para todos los casos de cirugía bucal grave o prolongada.

Los propósitos más importantes de la premedicación son los siguientes:

- Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.
- Eleva el umbral del dolor.
- Controlar las secreciones de las glándulas salivales y mucosas.
- Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
- Controlar los trastornos motores (en enfermos con parálisis cerebral).

Para la mayoría de los niños, la inyección del anesté-

sico es el procedimiento más desagradable que encuentran dentro del consultorio dental. Muchos niños se tornan agresivos antes y durante la inyección, dificultando el control de sus movimientos. Los niños rápidamente adoptan un estado mental agitado, creado por visiones deformadas de la aguja o la inyección y pueden desquiciarse bajo el miedo que produce la inyección.

Para eliminar el miedo del niño a la experiencia dental y especialmente a la inyección, pueden emplearse diversos métodos de premedicación.

Estos pueden ser clasificados como sigue:

- I. Psicológicos
- II. Farmacológicos
 - a) Bucal
 - b) Rectal
 - c) Parenteral
 - d) Inhalación

El método de premedicación "psicológica" es importante para el manejo de cualquier paciente, niño o adulto. Es relativamente fácil, no requiere equipo especial y puede ajustarse a las necesidades individuales del paciente y cuan

do es empleado correctamente, carece de efectos secundarios indeseables o efectos posteriores. Su uso en casos debidamente seleccionados da por resultado la aceptación de la inyección y del tratamiento. El manejo inteligente del niño requiere una apreciación de su estado mental. Debemos conocer las manifestaciones más sutiles del miedo y la ansiedad, así como los cambios en el comportamiento más obvio-. Las alteraciones en el habla, la expresión facial, el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la sudación y la respuesta vascular periférica deberán provocar nuestro interés.

El buen facultativo deberá adquirir la habilidad para conocer estos cambios y otros, así como el grado de miedo o ansiedad que representan. Empleará entonces los conocimientos psicológicos que posee para establecer comunicación y -- eliminar el temor del niño. En muchos casos, el hábil uso de esta modalidad bastará. La inyección podrá realizarse y el tratamiento concluirá "aliviar el temor del niño" mediante la palabra, posee una larga y honorable tradición. En los casos en que el buen manejo del paciente lleve a cabo este objetivo, está contraindicado el uso de fármacos.

Hay casos, sin embargo, en que la interacción psicológica por sí sola no es capaz de alcanzar este objetivo. Aún llevando a cabo procedimientos apropiados, el niño reacciona

negativamente a la experiencia y hasta el pensamiento de la inyección y al tratamiento dental. Los motivos de esta reacción, causada por el miedo al tratamiento dental, son varios.

El resultado final, es una situación negativa tanto para el odontólogo como para el niño. En estos casos, la utilización de fármacos apropiados permite el establecer la comunicación necesaria entre el niño y el dentista, permite -- llevar a cabo los procedimientos dentales con rapidez y seguridad y redonda en la creación de un buen "paciente".

Existen muchos fármacos para premedicar al niño aprensivo, pero como ya se dijo antes, la selección de las drogas dependerá en parte al manejo y comportamiento del niño, clasificándose de esta manera:

- a) Los niños que necesitan premedicación preventiva
- b) Los niños que necesitan medicación de control.

Los primeros exhiben varias formas de comportamiento, son potencialmente cooperativos y semicooperativos para los tratamientos dentales, el niño tímido es cooperador cuando se le toman radiografías, profilaxis; sin embargo no actúan de esta manera cuando se trata de otro tipo de tratamiento. A estos niños es necesario darles una medicación preventiva, la cual se le dará antes de la cita.

Dentro de la segunda categoría, se encuentran los niños que no pueden controlar su comportamiento en el consultorio ya que la comunicación paciente-dentista resulta imposible, ya sea a consecuencia de su corta edad, trastornos emocionales, etc.

Farmacológicos.

a) Bucal.

De las posibles vías para la penetración de un fármaco a la sangre la vía bucal es la más frecuentemente empleada. La absorción del fármaco a través de las membranas del conducto gastrointestinal puede ocurrir teóricamente en toda su extensión. Sin embargo, el nivel de absorción real es afectado por diversos factores, incluyendo la naturaleza del contenido gástrico e intestinal, así como las secreciones, tiempo de vaciado del estómago y motilidad del conducto. Otras variantes son los factores químicos relativos a la solubilidad del fármaco, magnitud de la partícula y estructura. En el niño atemorizado, muchos de estos factores hacen que la administración por vía bucal sea poco eficaz. El miedo y las emociones intensas disminuyen la motilidad gástrica y aumentan el tiempo de vaciado gástrico, retrasando así la entrada del fármaco al intestino. Por la variación en

el ritmo de absorción el tiempo en que el fármaco ejerce su máxima acción farmacológica fluctúa. Para lograr nuestros propósitos es importante que el efecto máximo de la droga coincida con el tiempo en que se realiza el tratamiento dental. Si no, la premedicación sólo tiene éxito parcial.

Cuando se administra o prescribe algún sedativo bucal, se debe considerar su forma farmacéutica. La medicación en forma de elixir debe ser prescrita para los niños pequeños que no pueden deglutir las tabletas, se pueden emplear para premedicar a niños de menor edad.

Es importante tener en cuenta que no se deberá prescribir ningún medicamento sin antes haber dado las instrucciones por escrito al familiar.

En la receta se anotará el nombre de la droga, así como la hora que debe ser administrado, quedándose una copia de esa receta en el consultorio.

La medicación por vía oral tiene las siguientes ventajas:

1. Puede ser administrada por el familiar
2. La medicación debetá ser suministrada a la hora indicada por el dentista, con el objeto de obte-

ner el nivel efectivo de la misma cuando se practique el tratamiento.

e. La administración por esta vía no produce en el niño ningún temor.

DESVENTAJAS DE ESTA ADMINISTRACION

1. El contenido estomacal retarda la absorción de esta droga, por lo tanto el efecto puede prolongarse o reducirse.
2. El dentista dependerá de la cooperación del familiar.
3. El niño puede reaccionar desfavorablemente al sabor de la droga.

HIDROXIZINA (Atarax, Vistaril)

La hidroxizina constituye uno de los agentes psicosedativos más populares en la práctica odontológica. La hidroxizina se deriva de la difenilmetano. Es sedativo, antihistamínico, antiespasmódico, antiemético y ligeramente anticolinérgico.

Es absorbido en el tracto gastrointestinal y sus efectos se manifiestan a los treinta minutos, el umbral de este efecto puede anticiparse a las dos horas después de su administración y desaparece a las seis horas. Es modificada y degradada completamente en el hígado y excretada por la orina.

La hidroxizina, no induce a un verdadero sueño, por lo que constituye una ventaja para el odontopediatra.

No se han manifestado reacciones nocivas, sólo estados prolonga--

dos de somnolencia. Se aconseja la adición o asociación con la meperidina, opiáceos barbitúricos, y otros depresivos del Sistema Nervioso Central.

Para un tratamiento operatorio, endodóntico y procedimiento quirúrgico, una dosis inicial de 25 mg. de meperidina (demerol) que puede ir asociado con 100 mg. de hidroxizina, ambos se darán una hora antes del tratamiento. (Dipel, 1959).

Para niños muy pequeños, suspensión de Vistaril 25 mg. antes de la cita más 1000 mg. (15 gramos de hidrato de cloral) (Noctec) Law y Lewis, 1969).

La hidroxizina parece ser la droga más indicada como agente anti-ansiedad del niño, para su administración debemos de considerar su peso, sexo, estado físico y emocional. Puede asociarse con sedantes, hipnóticos, óxido nitroso y con narcóticos de dosis reducidas.

DIAZEPAN (Valium)

Es considerado como un agente sedativo; su característica de ser anti-ansiedad lo ha hecho popular en su empleo para pacientes aprensivos así como en niños problema. Se deben tomar precauciones cuando se administre en pacientes con anormalidades cardiovasculares, o que han sufrido pro-

cesos mentales subnormales no controlados.

Hay incompatibilidad del Valium con otro tipo de drogas tales como la meperidina o el pentobarbital. Otros -- efectos indeseables pueden ser la somnolencia y la ataraxia, en algunos niños muy pequeños se presenta hiperexcitabilidad. El efecto puede durar aproximadamente seis horas después de la medicación inicial.

De acuerdo con la correlación de efectos clínicos se ha demostrado que después de la administración oral, la somnolencia y relajación obtenida pasados 10 a 15 minutos, fue asociada a una rápida absorción de la droga.

Cuando es administrado por vía intravenosa, deberá de ser lenta, ya que podría ocasionar una depresión circulatoria o respiratoria, observándose un efecto clínico pronunciado después de una hora de haber sido aplicado.

La administración ya sea oral o intravenosa es la siguiente, como efecto tranquilizante:

1 a 5 años: 0.5 mg. 4 veces al día.

6 a 12 años: 1.0 mg. 4 veces al día.

Como efecto sedativo:

1 a 5 años: 4 mg. antes de irse a dormir.

6 a 12 años: 8 mg. antes de irse a dormir.

PROMETAZINE. (Fenergan)

Es un derivado de la fenotiazina, en 1959 Lampshire escribió el primer reporte con el uso de la prometazine, como un sedativo preoperatorio empleado en odontopediatría. El recomienda de 12 a 35 mg. asociado con la meperidina (demerol) y las clorpromazina (Torazina).

La prometazine es un depresor respiratorio. Es aconsejado en niños aprensivos con una dosis de 12.5 a 25 mg. Su empleo principal es como co-medicación en otras drogas.

Sus vías de administración son la intramuscular, intravenosa y rectal.

HIDRATO DE CLORAL. (Noctec)

En dosis terapéuticas, el agente casi no tiene acción depresora en la respiración, ni en la presión sanguínea, - tiene un leve efecto analgésico. Es absorbido por el tracto gastrointestinal, cuando es administrado por vía oral o rectal.

El hidrato de cloral puede antagonizar con los efectos anticoagulantes de las drogas en forma de elixir, produ

ce irritación gástrica, náusea y vómito, no se debe emplear en pacientes con gastritis.

Está contraindicado en pacientes con deficiencias renales hepáticas.

Su acción es rápida, de 20 a 30 minutos y la recuperación se realiza sin incidentes generalmente, no produce dolor de cabeza. Se prepara en soluciones de distintos sabores, y en cápsulas suaves de distintos sabores.

En niños de 2 a 4 años 500 a 700 mg. con un peso de 11.33 kg.

En niños de 4 a 7 años 750 a 900 mg. peso de 22 kg. a 31 kg.

En niños de 7 a más años de 100 a 1500 mg. peso de 31 kg. a 45 kg.

ALFAPRODINA (Tigan)

Es narcótico, cuando se administra por vía subcutánea, su efecto puede presentarse a los 5 ó 10 minutos. La droga es metabolizada en el hígado, desapareciendo su efecto a las dos horas, por lo que se emplea para procedimientos cortos en odontopediatría.

Causa depresión respiratoria, náusea, vómito. Es una de las drogas, que generalmente es suministrada por vía submucosa.

Está indicada en niños entre 3 y 6 años de edad, y de 2 años y medio dosis mínimas. No produce sedación profunda, por lo que el paciente no se encuentra completamente dormido.

El nivel de dosificación se calcula en 0.5 mg./lb. de peso en niños con peso de 13 kg. la dosificación será de 15 mg. Se encuentra indicada para preescolares.

MEPERIDINA (Lorgan, Narcon)

Es una droga de potente poder analgésico, es más o menos la mitad de la efectividad que la morfina, pero más efectiva que la codeína.

La meperidina se metaboliza en el hígado a las 6 horas, causa midriasis, hipotensión postural, sedación, euforia.

Puede provocar depresión respiratoria, náusea y vómito, el mayor efecto se obtiene a la hora de haberse administrado, no debe emplearse en niños con padecimientos de obstrucción pulmonar crónica, con disfunción hepática. Su

principal efecto clínico es la somnolencia, xerostomía, y puede llegar a producir náuseas y vómito.

Está indicado como premedicación, administrándose 150 mg. de seconal y 25 mg. de meperidina para un niño de 3 años con peso de 11 kg.

El efecto nocivo de la droga se puede disminuir con el uso de la comedición ya que potencializa la acción de la meperidina, esta potencialización permite al dentista emplear menos narcótico y obtener de esta manera el efecto sedativo - deseado.

Puede administrarse por vía intramuscular, intravenosa, subcutánea, oral.

Dosis:

- 18 mg. en niños entre 4 y 3 años de edad
- 25 mg. en niños entre 5 y 6 años de edad
- 37 mg. en niños entre 7 y 8 años de edad
- 50 mg. en niños entre 9 y 12 años de edad

Se indica principalmente en niños menores de 8 años de edad, que demostraron un comportamiento violento.

b) Rectal.

Los sedantes también pueden administrarse por vía rectal. Los mecanismos de absorción de esta vía son similares a los de otras porciones del conducto gastrointestinal; sin embargo, la absorción, generalmente es más lenta que por la vía bucal. Aunque el recto posee abundantemente riego sanguíneo, su área superficial para la absorción es limitada. Además, las propiedades físicas y químicas del fármaco o su vehículo desempeñan un papel importante en la absorción de este sitio.

c) Parenteral.

La administración por esta vía evita muchos problemas; tiene efecto rápido, puede controlarse su dosificación. Sin embargo, existen ciertos problemas que anulan las ventajas de esta vía para administrar sedantes sistemáticamente a los niños. No existe una forma de "enmascarar" el hecho de que está ocurriendo la punción de una vena.

Otros problemas que debemos considerar son inyección intra-arterial inadvertida, filtración de la solución hacia los tejidos circundantes, inyección demasiado rápida y reacciones alérgicas a las drogas.

d) Inhalación.

Puede ser considerada como variante de la administración intravascular. Las membranas alveolares pulmonares -

presentan una gran área superficial para la difusión de las moléculas de gas hacia capilares pulmonares. Oxido nitroso, el fármaco más frecuentemente empleado como agente por inhalación; se difunde rápidamente en la sangre. Como no es metabolizado por los tejidos y es eliminado sin cambio (principalmente por los pulmones) la eliminación es rápida. Por lo tanto el nivel de óxido nitroso en el cuerpo y su efecto sedante pueden ser controlados con precisión. El tiempo de recuperación es mínimo comparado con otros métodos de premedicación. Esta forma de sedación es aceptada por el niño más fácilmente que cualquier tipo de inyección. También se eliminan los factores de tiempo y dosificación precisa respecto al paciente. El método por inhalación presenta algunos problemas que debemos considerar. El costo del equipo es alto. Para ser eficaz, el sistema por inhalación requiere un sistema respiratorio completo y funcional.

d) Inhalación por óxido nitroso y O₂.

La técnica de sedación por inhalación se vale de las propiedades del gas anestésico óxido nitroso para lograr un estado de conciencia alterada, relajación muscular mínima y sedación.

La sedación por inhalación difiere de la anestesia general (aunque ésta también es general pero débil) en que el

paciente se encuentra consciente, responde a órdenes verbales y posee todos sus reflejos intactos.

El óxido nitroso ejerce sus efectos principalmente sobre la corteza cerebral. La memoria reciente, las funciones cognoscitivas y todas las modalidades sensoriales son afectadas. El tono muscular generalmente no es afectado por las -- concentraciones mínimas del óxido nitroso empleadas pero puede producirse una atenuación del tono existente al ocurrir la sedación.

Las contraindicaciones absolutas son raras. Las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores en los niños disminuyen la eficacia del óxido nitroso y, por lo -- tanto, contraindican su uso; otra contraindicación respiratoria es tuberculosis. Las enfermedades pulmonares cróni-- cas obstructivas con frecuencias vistas en adultos son raras en los niños. Una contraindicación a la sedación por inhalación es el niño bajo tratamiento psiquiátrico; en este caso, será necesario consultar con el psiquiatra antes de la adminis-- tración del óxido nitroso. Este tipo de inhalación por óxido nitroso y O₂ no sustituye a la anestesia local.

T E M A V I I I

ANESTESIA GENERAL

Es sabido que los anestésicos generales producen una depresión reversible del sistema nervioso central que lleva a la pérdida de la sensibilidad y la conciencia, la cual permite, junto con el bloqueo de la motilidad y de los reflejos, efectuar intervenciones quirúrgicas sin sufrimiento para el paciente.

a) INDICACIONES

- Extracción de dientes con procesos inflamatorios agudos (periodontitis aguda, abscesos, flemones).
- Extracciones múltiples, en ambos lados de las arcadas o en ambas arcadas. Preparación quirúrgica de maxilares para prótesis.
- Extracción dentaria en pacientes nerviosos, pusilánimes, para los cuales la avulsión les crea verdaderas angustias, temores y zozobras.
- Pacientes que presentan marcada susceptibilidad por la adrenalina del anestésico local
- Pacientes con trismus

- Niños indóciles o miedosos
- Extracción de dientes causantes de afecciones generales (fiebre reumática, septicemia, etc.) En una palabra, casos en que el diente es el foco -- séptico causante de la afección general. En estos casos la anestesia local está contraindicada.

b) CONTRAINDICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL

- Extremados alcohólicos y fumadores
- Enfermedades generales graves (enf. del aparato circulatorio, enfermedades cardíacas muy bien valorados).
- Resfrios, tos y catarro, asma
- Embarazo (es prudente evitarse por lo menos durante los tres primeros meses de embarazo)
- Menstruación. Si la intervención no es importante aunque no hay alteraciones del tiempo de coagulación durante este período solo situaciones meramente psíquicas.
- Atletas. Pacientes muy corpulentos o muy excitados; se lleva a cabo pero en hospitalización y -- una vez sedados.
- Senilidad avanzada

c. ASPECTO PSICOLOGICO

Desde el punto de vista psicológico, la reacción del niño ante el acto terapéutico anestesia cirugía, es básicamente de ansiedad y/o temor ya que ignora o tiene ideas -- distorsionadas de lo que realmente va a suceder.

Entre más pequeño es el niño, más inmaduro es su "yo" y por lo tanto su comportamiento, su conocimiento y control de la realidad es confuso.

Es conveniente recordar que el acto anestésico quirúrgico va asociado a otros eventos, que contribuyen a hacerlo emocionalmente más traumático, y que son:

- El padecimiento en sí. Según sus características le puede ocasionar dolor, invalidez o distorsión de su esquema corporal.
- La hospitalización. De su medio familiar es llevado a un ambiente extraño, entre equipo y gentes desconocidas.
- El acto quirúrgico. Debe ser para el niño un procedimiento que no le produzca, ni le aumente su temor o ansiedad.
- Es muy importante preparar al niño antes de la --

operación, en algunos niños basta una explicación honesta, detallada y en términos que comprenda.

En caso de no informarle y prepararlo, el evento puede asumir reacciones no favorables, alterando intensamente su conducta y por lo tanto la de sus padres, quedando así establecidas las bases para una desviación de su desarrollo y posteriormente una alteración neurótica o de su personalidad.

d. ASPECTO CLINICO

Muchos anesthesiólogos consideran muy peligroso realizar un tratamiento dental bajo anestesia general en el consultorio privado, ya que no se tiene en un momento todo lo necesario para una emergencia.

Para la administración de una anestesia general hay que tomar en cuenta lo siguiente:

- Solo realizarse en pacientes que no entiendan el lenguaje articulado y con destrucción masiva de los dientes.
- En pacientes con retraso mental avanzado, cuando los procedimientos clínicos a efectuarse sean múltiples.

- En pacientes con parálisis cerebral y retraso mental
- Efectuar siempre el procedimiento en un hospital - que tenga los equipos odontológicos y de emergen--cia suficientes para garantizar buenos resultados
- Efectuar la rehabilitación oral en el menor tiempo posible, considerando todos los cuidados que este procedimiento requiere.

"BIBLIOGRAFIA"

1. Hollander-Lloyd N.: Práctica Dental Moderna, Ed. Labor.
2. Cohen J.: Introducción a la Psicología. Ed. Labor.
3. Villarreal de la G., y Col.: Relación Médico Paciente en Odontología. Rev. A.D.M.
4. Fletcher B.: Etiology of Fingersuching: Reviw of Literature A.S.D.C. July-August. 1975.
Vol. XLII No. 4, p 46-47
5. Gellis, S., and Col.: Pediatría Terapéutica, Tomo 4, Salvat Ed. S.A. Barcelona España. 1971, p. 43.
6. Nelson W., Col.: Tratado de Pediatría, Tomo 2, Exta Ed. Salvat Editores, S.A., Barcelona, España, 1975. p 774-775.
7. Villarreal de la Garza R.: Relación Médico Paciente en Odontología. Rev. A.D.M., Enero-Febrero 1976.
8. Lerner M.: Diversos Aspectos de Motivación y Prevención en Odontología Infantil.
Clínicas Odontologicas de Norte América. Odontología Pediatrica, Ed. Interamericana.
9. Herbert W.S., Roth G.I.: Sedación por Inhalación de óxido nitroso y oxígeno. Clínicas Odontológicas de Gorte América. Odontología Pediatrica, Ed. Interamericana.
10. Fastlicht J.: Como ayudar al Chupadedos a controlarse/
Rev. A.D.M., Vol. XXXIX No. 5, 1972.
11. Aguilar Garcés E.: Succión del Pulgar, probables causas. Rev. A.D.M. Vol. XXXVI, No. 4, 1979.
12. Villarreal de la Garza R., y Col.: Relación Médico Paciente en Odontología.
Rev. A.D.M., Vol. XXIX, No. 6, 1972.
13. Guerra Sergio.: La Desensitización como Teoría del Condicionamiento

en el Control Psicológico del Niño Fóbico. Rev. A.D.M.

14. Rotberg S.: Errores en el Control Clínico del Paciente en Odontopediatría. Rev. A.D.M.
15. Shafer William y Col.: Tratado de Patología Bucal Nueva Edición. Editorial Interamericana.
16. Hotz, Rudolf: Orthodontics in Daly Practice Bern. Switzeland Hans Huber Publishers, P. 46, 1974.
17. Nelson, Waldo, y col.: Tratado de pediatría, tomo 2, Sexta Edición, Salvat Editores, S.A. Barcelona España, p. 774-775, 1975.
18. Infante, Peter F.: An Epidemiologic study of finger habits in preschool children, as related to malocclusion socioeconomic status, race sex and size of community.
A.S.D.C. Jan-Feb. 1976, Vol. XLIII No. 1