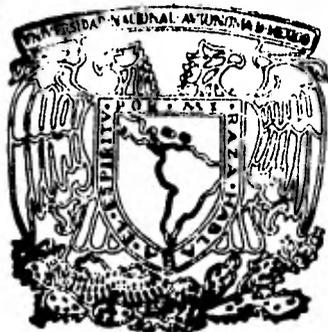


24. 474
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PSICODONTOPEDIATRIA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

ERNESTO LOPEZ DONATT

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.

I N D I C E :

INTRODUCCION.

CAPITULO I.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.

CAPITULO II.- DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

" III.- INFLUENCIA DE LOS PADRES.

" IV.- LA PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO.

" V.- INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE.

" VI.- RELACION NIÑO, DENTISTA Y COLABORADORES.

" VII.- MODIFICACION DE LA CONDUCTA.

" VIII.- ESTADOS EMOCIONALES.

" IX.- TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

El cirujano dentista tiene que afrontar multiples problemas con los niños y los padres de éstos, dichos problemas hacen que el profesional sienta cierta repulsión o miedo a trabajar -- con ellos, pues sabe el tiempo y dificultad que esto le traerá.

La mayoría de los niños cuando se les sabe tratar, son pacientes leales, muy agradecidos y en ocasiones cooperan mucho -- más que los adultos; la excepción es el verdadero niño problema, pero también habrá casos, en que estos niños requieran atención-especial por parte del cirujano dentista.

Ante todo debe de aplicarse la psicología infantil, que - es la que nos enseña los patrones generales del desarrollo psico-lógico del niño, porque existe gran diferencia en el trato que - se les dá en casa o en la escuela, hay que prevenir el temor natural del niño ante el sillón dental y el síntoma dolor.

Sin embargo, al odontólogo le resultaría mucho más fácil- aceptar cada niño, si supiera que un problema de conducta o un - estado de ansiedad puede ser diagnosticado con facilidad y re---suelto.

Los problemas en el trato con el niño, que tambien impli- ca a la madre, al padre y al que le acompañe al consultorio, se- presentan como un desafío al dentista y su futuro, pues casi sin excepción los padres esperan que el dentista domine por completo

la situación y preste el servicio de salud a sus hijos, cualquie
ra que sea su reacción.

La forma en que se trata al niño y a sus padres, deberá --
influir positivamente para obtener resultados positivos en el --
tratamiento a seguir.

El cirujano dentista que tiene la práctica frecuente con--
niños necesita principalmente: conocerlos psicológicamente, mu--
cha paciencia y comprensión con éstos, aplicando un sentido co--
mún, que siempre será necesario para los pequeños pacientes por--
que al estar trabajando con ellos hay que tener en cuenta sus --
reacciones y disposiciones de ánimo, desde el momento en que en--
tra a la sala del consultorio, hasta la salida de él.

Los cirujanos dentistas que prefieren la práctica de adul--
tos, deberán de remitir a sus pacientes infantiles con un colega
competente, pues es poco ético y menos profesional someterlos a--
tratamientos sin brindarles los servicios necesarios, el cariño,
la paciencia, y el conocimiento especializado que solo tiene un--
Odontopediatra.

Cualquier odontólogo debe pensar en el niño, no como un --
caso del presente, sino también como un paciente del futuro.

Es de vital importancia el aspecto psicológico en el tra--
tamiento buco-dental de los niños, debido a que será la base so--
bre la cual estará fincado el éxito de un tratamiento.

I.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.

La maduración de un huevo humano fertilizado, a través de las etapas de la vida embrionaria y fetal, lactancia, niñez y -- adolescencia, ofrece aspectos físicos, intelectuales, emociona-- les, sociales, culturales y de la conducta.

El crecimiento y desarrollo no se realizan, sin embargo, -- independientemente en distintas áreas o sistemas, sino que repre-- sentan una continuidad de interacciones entre el potencial gené-- tico innato, por una parte, y el medio ambiente por otra. Las po-- tencialidades de cada individuo están escritas en la sustancia -- genética del huevo fertilizado.

Los factores genéticos, de los que muchas veces se ha pen-- sado que establecen límites finales al potencial biológico, es-- tán inextricablemente entrelazados con el medio ambiente. Por -- ejemplo, en la galactosemia el efecto nocivo o limitante de los-- genes anormales puede ser anulado si la dieta del recién nacido-- no contiene lactosa.

Los factores nutritivos son fundamentales para el creci-- miento óptimo, tanto prenatal como posnatal. Por supuesto, los -- factores socioeconómicos y nutritivos están estrechamente rela-- cionados. Los factores sociales y emocionales están recibiendo -- actualmente una atención creciente como importantes modificado-- res del crecimiento potencial. La posición del niño en la fami--

lia, la calidad de la interacción entre hijo y los padres durante los primeros meses de la vida, los patrones de educación del niño y las preocupaciones y necesidades de los padres tienen una enorme importancia en el grado de autorización conseguido por el niño en vías de crecimiento. Las consideraciones culturales pueden poner obstáculos al niño al establecer expectativas convencionales sobre cuál ha de ser su proceder durante toda su vida.- Indicios recientes hacen pensar que los factores culturales son capaces de alterar de modo patente el tiempo medio para la adquisición de ciertas habilidades, tales como permanecer sentado, --arrastrarse, ponerse de pie o caminar, de las que siempre se había pensado que eran determinadas casi completamente por el estado de madurez. Se necesitan nuevos estudios para establecer el grado en que los patrones de desarrollo dependen de determinantes genéticos, nutritivos, emocionales, socioeconómicos y culturales.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FETAL.

El período de vida intrauterina puede ser dividido en dos principales fases, la embrionaria y la fetal. La línea divisoria no está perfectamente determinada, pero se considera que el período embrionario abarca las 8 primeras semanas de desarrollo, - durante las cuales el huevo fecundo se diferencia rápidamente en un organismo que ya dispone de la mayor parte de las caracterís-

ticas anatómicas macroscópicas que distinguen la especie humana. En algunos sistemas la organogénesis continúa más allá de la 8^o. semana, de tal modo que algunos autores prefieren designar como período embrionario el primer trimestre del embarazo o las primeras 12 semanas. El período va desde la semana 12 hasta la 40- de la gestación se caracteriza por el rápido crecimiento y elaboración de la función. Antes de la semana 28 de gestación el feto es considerado generalmente como no viable; desde la semana 28 hasta la 38 el niño se considera viable, con grados sucesivos de prematuridad en sentido decreciente.

Durante las primeras 7 semanas de desarrollo el embrión es macroscópicamente inerte excepto para los latidos cardiacos, que empiezan alrededor de las 4 semanas. La 1^o. semana de la vida embrionaria es germinativa y consiste en una activa división celular. Durante la 2^o. semana los tejidos se diferencian en -- dos capas, el endodermo y el ectodermo, y durante la 3^o. se aña de una tercera capa, el mesodermo. Durante la 4^o. semana el organismo en vías de crecimiento elabora los somitos y entre las semanas 4 y 8 se produce una rápida diferenciación en una forma esencialmente humana a través de varias etapas que recapitulan la filogenia del hombre. A las 8 semanas de edad el feto pesa -- aproximadamente 1 g. y tiene una longitud aproximada de 2.5 cm. Al llegar a la semana 12 el feto pesa alrededor de 14 g. y mide unos 7.5 cm.. A fines del primer trimestre de la gestación ya --

puede distinguirse el sexo del feto por examen externo.

El segundo trimestre de la gestación, que termina alrededor de la semana 28, se caracteriza por un rápido aumento del tamaño fetal, especialmente lineal, y por la rápida adquisición de nuevas funciones. A fines del segundo trimestre el feto pesa - - aproximadamente 1.000 g. y mide unos 35 cm de longitud. Durante el tercer trimestre, el ulterior crecimiento del tamaño del feto visible afecta de un modo especial al tejido subcutáneo y la masa muscular.

El sistema circulatorio del feto alcanza su forma definitiva entre las semanas 8 y 12 de la gestación.

Los movimientos respiratorios del feto ya pueden detectarse en el curso de la semana 18 de la gestación, el desarrollo de las estructuras-alveolares del pulmón no resultarán, en general, suficiente para permitir la supervivencia del niño hasta las semanas 27 y 28. Los primeros movimientos respiratorios del feto - van seguidos de un flujo periódico de líquido amniótico hacia -- dentro y hacia fuera del pulmón en vías de desarrollo y puede -- contribuir a la arborización pulmonar. Los movimientos respiratorios del feto parecen ser más activos entre las semanas 18 y 27- de la gestación que en el período fetal tardío.

El feto efectúa ya movimientos de deglución en el curso - de la semana 14 de la gestación; al llegar a la semana 17 puede- ya proyectar hacia fuera el labio superior al estimularse la zo-

na oral, y en la semana 20 es capaz de efectuar lo mismo con ambos labios. En la semana 22 frunce los labios al estimularlos, - en la 28 ó 29 puede efectuar movimientos activos de succión en un intento de alimentarse.

La actividad neurológica del feto se manifiesta por vez primera alrededor de la semana 8 de la gestación, época en la cual ya pueden observarse respuestas musculares locales aisladas consecutivas a la estimulación. En el curso de la semana 9 la flexión contralateral puede ir seguida de flexión ipsilateral (movimientos de natación) y advertirse algunos movimientos espontáneos. En el feto de 9 semanas las palmas de las manos y plantas de los pies ya se han vuelto reflexógenas; en las semanas 13- y 14 pueden producirse graciosos movimientos ondulantes por estimulación de todas las regiones, con excepción de la espalda, parte superior de la cabeza y vértice. Por esta época el movimiento del feto puede empezar a hacerse perceptible para la madre. Al llegar a la semana 17 el reflejo de prensión ya es manifiesto, y está, en general, bien desarrollado alrededor de la semana 27. - En el feto expulsado en la semana 18 puede iniciarse la respiración; en la semana 22 la actividad respiratoria puede ir acompañada de una débil fonación. En la semana 25 aparece ya el reflejo de Moro.

Después de las semanas 15 a 17 de la gestación existe, -- cierta disminución de la actividad fetal y permanece el feto re-

lativamente quieto hasta el momento del nacimiento. Parece claro que el grado de actividad difiere entre los fetos, y se ha comprobado que los niveles de actividad fetal son a veces una respuesta a las emociones maternas, posiblemente como resultado de una transferencia placentaria de adrenalina u otros humores concomitantes de las sensaciones intensas. Virtualmente se desconoce cómo el nivel de actividad general de los recién nacidos o la calidad de las demandas del niño durante las primeras semanas de la vida pueden reflejar algunos aspectos de la gestación debidos a estados emotivos maternos.

La placenta es la principal vía de intercambio entre la madre y el feto para todos aquellos aspectos de la interacción que no entran en una categoría sensorial simple. Su función más urgente es la de proporcionar un medio para el intercambio gaseoso entre la madre y el feto, que requiere una adecuada perfusión en ambos lados. La placenta es un órgano complejo que elabora hormonas y enzimas que participan en la regulación del embarazo y efectúan la transferencia selectiva de los alimentos y metabolitos entre la madre y el niño.

ARCOS BRANQUIALES O VISCERALES.

Los elementos faciales tienen tan temprano principio, -- probablemente, con la aparición de los sacos o bolsillos faríngeos.

Los bolsillos faríngeos aparecen en la parte anterior del preintestino en las paredes laterales. El ectodermo está endentado sobre estos bolsillos, formando los surcos branquiales o faríngeos externos.

Los surcos separan los arcos branquiales o viscerales. En los extremos dorsales, estos arcos están conectados con la cabeza; mientras que las extremidades ventrales se reúnen a la línea media del cuello.

El primer arco se llama mandibular.

El segundo es el arco hioides. Hay una barra cartilaginosa que se desarrolla en cada arco; así como un vaso sanguíneo en cada arco aórtico primitivo.

El arco mandibular (maxilar) está colocado entre el primer surco branquial y el estomodeo (cavidad bucal primitiva), del cual se desarrollan:

1. labio inferior.
2. mandíbula.
3. músculos de la masticación.
4. parte anterior de la lengua.

La barra cartilaginosa se conoce por cartílago de Meckel - (mitades derecha e izquierda).

Los extremos dorsales de estos cartílagos están conectados con la cápsula auditiva; los cuales, más tarde, se osifican-

para formar los huesos del oído medio, el martillo y el yunque.- Los extremos neutrales se reúnen en la sínfisis mentoniana. La porción de la mandíbula que contiene los dientes incisivos, se cree que se forma de esta parte del cartílago de meckel.

"La sección intermedia del cartílago desaparece; la porción inmediata adyacente al martillo y el yunque, es reemplazada por una membrana fibrosa que constituye el ligamento esfeno mandibular; mientras que el tejido conectivo que cubre el resto del cartílago se forma, por osificación, la mayor parte de la mandíbula".

Los extremos dorsales del arco mandibular dan origen a la eminencia triangular llamada proceso o apófisis maxilar, que crece hacia adelante, en cada lado, y forma la mejilla y la parte lateral del labio superior.

El lado y el frente del cuello se forman del arco segundo o hioides. Su cartílago da origen a la apófisis estiloides, al ligamento estilohioides y al cuerno menor del hueso hioides. El cuerno mayor se origina del tercer arco.

FORMACION DE LOS ELEMENTOS DE LA NARIZ.

Hacia la tercera semana, cara y nariz empiezan a desarrollarse. Primero aparecen las áreas olfatorias, inmediatamente debajo del cerebro anterior. La eminencia frontonasal divide los dos áreas en el centro.

Las áreas olfatorias se convierten en agujeros olfatorios o rudimentarios de la cavidad nasal. Las apófisis nasales media- y laterales se forman por los agujeros o huecos olfatorios de la eminencia frontonasal. Las eminencias globulares son las porciones redondeadas laterales de la eminencia globular se desarrollan láminas que llegan a formar el séptum (tabique) nasal. Las eminencias o apófisis frontonasal, globular y maxilar se reúnen en la línea media para formar los huesos premaxilares y el filtro del labio.

La apófisis maxilar que se extiende hacia fuera de la continuación del arco mandibular, del que se separa mediante una entalladura que origina la pared lateral y el suelo de la órbita. La parte cigomática y mayor de los huesos maxilares se origina también de ella.

La apófisis maxilar se une con las nasales y globulosas laterales, para formar las partes laterales del labio superior y el borde posterior de las cavidades nasales.

Las partes inferiores de las paredes laterales de las cavidades nasales se forman de la apófisis maxilar. La apófisis nasal lateral da origen al cielo de la nariz y a la parte restante de la pared lateral.

El paladar primitivo está formado de la reunión de las apófisis maxilares y nasales en el frente, de la aposición de las apófisis palatinas de la apófisis maxilar, posteriormente, y

de la reunión de los huesos premaxilares.

El cierre o terminación del paladar, que empieza al frente hacia la octava semana, se extiende hacia atrás al través de apófisis maxilares y palatinas, terminándose el paladar blando - hacia la undecima semana.

El paladar hendido resulta de la no reunión de las apófisis palatinas.

El labio leporino es consecuencia de la falta de unión de las apófisis maxilares y globulares.

"En conexión con esto, hay que retener claramente en la memoria que el paladar hendido se debe, no a que los centros óseos no se fusionen, sino a la falta de unión de las barras o procesos mesenquimales preóseos. Es también importante notar que el rudimento del diente incisivo lateral se forma cerca del campo de fusión de las apófisis media nasal y maxilar. En el caso de no realizarse la coalescencia, el rudimento de incisivo lateral puede ser llevado por los elementos premaxilares o los maxilares, en su ulterior y subsecuente separación debida al crecimiento y presión, o el diente puede quedar incluido en el espacio situado entre ellos. Esto determina la variabilidad de la localización del incisivo lateral en el paladar hendido (en el propio maxilar, en el premaxilar o entre ellos).

"Debe notarse asimismo que, ocasionalmente, la porción palatina del premaxilar se forma de dos apófisis en la fase preó--

sea; una, correspondiente al rudimento incisivo medio; otra, el incisivo lateral. Esto, en apariencia, explica algunas de las -- hendiduras entre el incisivo medio y el lateral".

Según Hess, los centros de osificación en el esqueleto de la cabeza aparecen como sigue: "Un centro en cada mitad de la -- mandíbula se ha visto, en la mayoría de los casos, hacia el fin de la séptima semana de vida fetal. Los otros únicos centros visibles, en este temprano período, fueron las clavículas, que a -- veces han aparecido hasta en la sexta semana.

"Durante la octava semana, son visibles, en la cabeza, -- los centros de osificación siguiente: laminilla interna de la -- apófisis pterigoidea del esfenoides y porciones mastoideas del -- hueso temporal. La apófisis cigomática del hueso temporal empieza a dar una sombra. El maxilar superior forma por este tiempo -- una simple hoja triangular cuya base es paralela al borde del ma xilar; el ápice mira hacia la raíz de la nariz.

"En la décima semana, hay, comparativamente, pocos cen--- tros de osificación más. En el esqueleto de la cabeza, los hue-- sos nasal y frontal muestra centros. El ala mayor del esfenoides se hace visible.

"De la undécima a la duodécima semana se hace visible, -- por lo general, el anillo timpánico; alguna rara vez, al termi-- nar la undécima. La laminilla media de la apófisis pterigoidea -- alcanza considerable tamaño y es visible en forma de lámina curvada, en forma de gancho, de concavidad posterior, yaciendo de--

vada, en forma de gancho, de concavidad posterior, yaciendo detrás de la porción inferior de la parte perpendicular del conopalatino. El hueso malar se une al extremo de la apófisis cigomática del maxilar superior y el hueso temporal. Ahora hay cuatro centros en el hueso occipital. El cuerpo esfenooidal anterior empieza a osificar.

"De la semana décimotercera a la décimosexta, se hace visible el ala menor del esfenoides. El cuerpo posterior del esfenoides aparecen hacia la semana catorce.

"De la semana décimoséptima a la vigésima, se manifiestan varios nuevos centros de osificación en la porción petrosa del temporal; pero no se ven bien en los roetgenogramas. El laberinto óseo empieza a desarrollarse. En los rudimentos de dientes caducos, empieza a formarse tejidos óseos, que da alguna sombra. El proceso da principio en los incisivos inferiores.

"De la vigésima a la vigésimacuarta semana, el maxilar superior muestra gran suma de tejidos esponjosos. Hacia la semana veinticuatro, la porción alveolar del maxilar superior comienza a proyectarse del nivel de la hoja palatina; pero se desarrolla como verdadera apófisis solamente cuando brotan los dientes.

"De la semana veinticinco a la veintiocho, los rudimentos de todos los dientes caducos han entrado en la fase de osificación en esta boca".

DESARROLLO DE LOS DIENTES.

Antes de la formación de las estructuras óseas de los maxilares, hacia mediados del segundo mes o hacia los quince o dieciséis días del desarrollo embrional, se manifiestan las primeras indicaciones de las estructuras dentarias. Hay un engrosamiento o elevamiento del epitelio bucal sobre las áreas de las futuras estructuras alveolares, llamado banda o reborde dental. La depresión formada por el tejido conectivo subyacente se llama surco dentario. La banda epitelial es un grupo de células epiteliales, que crece dentro del tejido conectivo subyacente y yace en el surco dentario o dental. Se proyecta una lámina dentaria continua hacia la parte lingual y la banda epitelial, a manera de anaquel.

En doce puntos de la lámina dentaria, nace un cordón epitelial en forma de cuerpo redondo, que se desarrolla en botones o gérmenes dentales en forma de campana. Esto ocurre hacia la séptima o la octava semana. El hueco de la campana es causado por un crecimiento de células de tejido conectivo, que más tarde se convierte en el órgano dentinal. El órgano del esmalte está compuesto de una capa interna y otra externa del epitelio; el estrato intermedio y el retículo estreñado ocupan los espacios intermedios.

El esmalte se forma por ameloblastos en el forro interno-

del acampanado órgano del esmalte. La dentina está formada de odontoblastos, en posición del órgano del esmalte; pero colocados en la superficie externa de la papila dentinal.

"El órgano del esmalte de todos los dientes primarios, puede decirse que aparece hacia la octava semana de la vida embrionaria; la papila dental, hacia la novena; la pared folicular que envuelve el folículo del diente (esto es, el órgano del esmalte y la papila dental), nace de la base de la papila dental y aparece en la décima semana; la clausura del folículo y la simultánea ruptura de la cuerda, ocurre hacia la treceava semana, y la formación de la dentina empieza hacia la dieciséis.

Hacia la semana dieciséis de la vida intrauterina, los botones del esmalte de los dientes permanentes empiezan a desarrollarse del cordón epitelial de los correspondientes deciduos. Los botones o gérmenes del esmalte de los primarios, segundos y terceros molares no se generan de los gérmenes de los dientes primarios. Hacia la semana quince, el primer molar se desarrolla por una invaginación aparte del reborde dental. Hacia el tercer mes después del nacimiento, el segundo molar se desarrolla de un cordón epitelial que da el germen dentario del primer molar, y el tercer molar se desarrolla de una rama que sale del segundo, hacia el segundo o tercer año después del nacimiento. La formación de la dentina tiene lugar desde la superficie de la papila dentinal, hacia adentro, y procede en unos pocos días

a la amelificación o formación del esmalte. La amelificación -- avanza de la superficie interna del órgano del esmalte hacia -- afuera.

CRONOLOGIA DE LA DENTICION.

Daré a continuación la cronología de la erupción dentaria, como un complemento al tema anterior del Desarrollo de los dientes.

La erupción es el movimiento del diente hacia el plano oclusal, comienza de manera variable, pero no hasta que haya comenzado la formación de la raíz. La secuencia habitual de aparición en la boca se muestra en la siguiente tabla:

Cronología de la dentición humana.						
	arcada	diente	erupción		raíz completa	
Dentición temporal	Superior	Incisivo central	7 1/2 meses	1 1/2 años		
		Incisivo lateral	9 meses	2 años		
		Canino	18 meses	3 1/4 años		
		Primer molar	14 meses	2 1/2 años		
		Segundo molar	24 meses	3 años		
Dentición permanente	Superior	Incisivo central	6 meses	1 1/2 años		
		Incisivo lateral	7 meses	1 1/2 años		
		Canino	16 meses	3 1/4 años		
		Primer molar	12 meses	2 1/4 años		
		Segundo molar	20 meses	3 años		
Dentición permanente	Superior	Incisivo central	7-8 años	10 años		
		Incisivo lateral	8-9 años	11 años		
		Canino	11-12 años	13-15 años		
		Primer premolar	10-11 años	12-13 años		
		Segundo premolar	10-12 años	12-14 años		
		Primer molar	6-7 años	9-10 años		
		Segundo molar	12-13 años	14-16 años		
		Perccer molar	17-21 años	13-25 años		

	arcada	diente	erupción	raíz completa
		Incisivo central	6-7 años	9 años
		Incisivo lateral	7-8 años	10 años
		Canino	9-10 años	12-14 años
Inferior		Primer premolar	10-12 años	12-13 años
		Segundo premolar	11-12 años	13-14 años
		Primer molar	6-7 años	9-10 años
		Segundo molar	11-13 años	14-15 años
		Tercer molar	17-21 años	18-25 años

Fuente: De Logan, W. H. G. y Kronfeld, R.: J.A.D.A., 20:379; ligeramente modificada por Mc Call y Schour.

EL RECIEN NACIDO.

Las características físicas generales del recién nacido lo diferencian de modo evidente del lactante de varios meses, -- del niño o de el adulto en cuanto a las proporciones corporales. La cabeza es relativamente grande, la cara redonda y la mandíbula algo pequeña. El pecho es más bien redondeado que aplanado en sentido anteroposterior; el abdomen relativamente prominente y -- las extremidades algo cortas; el punto medio de la talla de un -- lactante recién nacido no encuentra aproximadamente a nivel del -- ombligo, mientras que en el adulto está a nivel de la sínfisis -- pubiana.

En el momento de nacer el niño está generalmente cubierto de vérnix caseosa, unto graso que se adhiere a la piel. Puede observarse un edema en el vértice o en la parte presentada, o una -- deformación de la cabeza moldeada por los esfuerzos del parto, --

con acabalgamiento de los huesos de la bóveda craneal.

Un recién nacido de tipo medio pesa alrededor de 3,4 kg;- el peso de los niños es algo superior, de ordinario, al de las niñas. Aproximadamente el 95% de los niños nacidos a término tienen un peso que oscila entre 2,5 y 4,6 kg. La talla suele ser -- por término medio de 50 cm, y la del 95% de los recién nacidos - oscila entre los 45 y los 55 cm. El perímetro cefálico ofrece un promedio de 35 cm.

La más acuciante necesidad del recién nacido es el establecimiento de una actividad respiratoria adecuada con un intercambio gaseoso efectivo. El ritmo respiratorio oscila entre 30 y 40 respiraciones por minuto. Otras actividades respiratorias útiles para el recién nacido son el llanto, el estornudo, la tos, el -- bostezo y los esfuerzos.

Los ajustes cardiacos del período neonatal van con frecuencia acompañados de soplos transitorios. El número de latidos oscila entre 120 y 160 por minuto. Con frecuencia el corazón del recién nacido parece en relación con el tamaño del tórax cuando se compara con el adulto.

La actividad del recién nacido dirigida a la satisfacción de sus necesidades nutritivas incluye el llanto cuando se siente hambriento una tendencia, en la misma circunstancia, a volverla-cabeza hacia un lado y buscar el pezón u otro estímulo situado - en las proximidades de su área bucal (reflejo de búsqueda) y los

reflejos de succión palatofaríngeo y de deglución. El recién nacido es capaz de presentar náuseas y de vomitar.

La lactancia natural del recién nacido será facilitada si la madre puede ser instruida sobre la naturaleza y significado del reflejo de búsqueda y si sabe que el niño al prenderse al pecho introducirá en su boca una insospechada cantidad grande de pezón y areola y que se producirá el cierre rítmico de la mandíbula sobre el pezón, de tal manera que se produzca el vaciamiento del seno galactóforo localizado en el punto de confluencia de los conductos homónimos. La mayoría de los fracasos de la lactancia materna son el resultado de errores en la técnica o de una reacción emocional contra este tipo de alimentación.

Al principio el recién nacido expresa su apetito a intervalos irregulares, pero durante las primeras semanas se adaptará perfectamente bien a unos intervalos de alimentación que pueden oscilar desde 2 a 4 ó 5 horas. No existe ningún horario de alimentación que satisfaga plenamente las demandas o necesidades de todos los niños; si el niño y la madre están cerca uno del otro durante los primeros días del período posnatal, como cuando el niño tiene su cuna en la misma habitación de la madre, se facilita de un modo óptimo la cómoda satisfacción de las necesidades del pequeño.

En el recién nacido los tipos de conducta son limitados. Los estados de tensión originados por el hambre, el frío, el do-

lor y otras molestias producen inquietud o llanto. La adecuada-satisfacción de las necesidades indicadas restablecerá, por lo-general, la comodidad del niño. Algunos de ellos necesitan más-"ración de madre" de la habitual, pues se sosiegan al acariciar los suavemente, mecerlos, etc.

Un estudio reciente ha subrayado la vital importancia de la comunicación social y emocional precoz del niño en su relación materna al determinar algunos aspectos posteriores de su personalidad o del contacto que mantiene con su madre y demás personas. Klaus y Kennell han demostrado cómo incluso tan poca-cantidad de tiempo como son 16 horas de contacto entre la madre y el niño en los primeros tres días de la vida de este último, modifica la calidad emocional de la relación entre ellos, determinada un año más tarde por ciertos métodos. Ciertos aspectos de la forma en que se establecen vínculos emocionales entre los niños recién nacidos y sus madres son análogos a los patrones de impregnación, proceso por el que los miembros más jóvenes de la mayoría de especies vertebradas identifican el medio social-en que se desenvuelven y en el que se servirán de refugio o de-medio para una interacción de tipo social. En algunas especies-existen en ciertos aspectos de este proceso de impregnación pe-riodos críticos; no está claro que tales periodos críticos exis-tan, a su vez, en la especie humana, pero ciertamente una aten-ción más detenida en las circunstancias ambientales que rodean-

el aparato, el cuidado ulterior del niño a nivel hospitalario y las primeras semanas de su vida en el hogar materno, conducirá seguramente a una revisión sustancial de las actuales técnicas de cuidado y tratamiento del niño en los primeros momentos de su vida. Es necesario, en particular, aumentar la participación de los padres y madres de los pequeños en las actividades prenatales para orientarles y educarles a cerca del momento del parto y los problemas que más tarde se les presentarán y también para animarles en que alimenten a su hijo al pecho, para conseguir que el período neonatal sea mejor en lo que se refiere a los cuidados y medidas inmediatas y, en último lugar, para aconsejarles una estricta restricción de medicamentos analgésicos y anestésicos en el curso del parto.

ALGUNOS ASPECTOS MAS SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

El término crecimiento ha sido empleado en general para determinar los aspectos de la maduración que puede quedar reducidos a la medida de la talla; el término desarrollo se refiere a los cambios en la función del organismo. Debido a que estos dos aspectos no pueden ser diferenciados de modo tajante, se emplea la expresión crecimiento y desarrollo en un sentido unitario que abarca tanto la magnitud como la calidad de los cambios de maduración.

El crecimiento y desarrollo físicos incluyen las modifi-

caciones en el tamaño y función del organismo. Cambios de tipo-funcional, desde los que tienen una significación molecular en la vida fetal y una activación de sistemas enzimáticos en el período de recién nacido, hasta las complejas modificaciones metabólicas que acompañan la pubertad y la adolescencia.

El crecimiento y desarrollo intelectuales son difíciles de diferenciar en la primera infancia de la maduración de la conducta y del sistema nerviosa. En la segunda infancia y en la edad escolar, la función intelectual viene determinada de modo creciente por la capacidad comunicativa y por la facilidad del niño en manejar las cosas abstractas y simbólicas.

El crecimiento y desarrollo emocionales dependen de la capacidad del niño en establecer unos eficaces lazos afectivos con las personas que para él tienen mayor significado. La capacidad para el cariño y el afecto, la habilidad para dominar los estados de ansiedad originados por frustraciones y la facilidad para reprimir los impulsos agresivos son aspectos de la vida emocional con los que cada niño tiene que aprender a enfrentarse.

Estrechamente emparentados con el crecimiento y desarrollo emocionales están los tipos de maduración social y cultural que, a fin de cuentas, resultan ser los determinantes más importantes de la madurez emocional. Los factores más precoces y de mayor importancia básica son las relaciones con los padres. Es-

tas se extienden durante la infancia a los contactos familiares y extrafamiliares. Cuando el niño tiene sólo 4 a 6 meses de edad, podemos ya esperar que imite de modo rudimentario; a los 8 ó 9 meses inicia los juegos imitativos, y de los 3 a los 5 años los de creación, entre los que incluimos la imitación de los papeles de adulto.

La enseñanza constituye un aspecto esencial de la formación cultural. Las actuales teorías educativas sugieren que el niño es impulsado por necesidades básicas o empujado a expresar las tensiones. Si la expresión de la tensión consigue aliviar el proceso que la originaba, este proceder apropiado habrá resultado reforzado. El reforzamiento, mediante la repetición, conduce al condicionamiento. Se ha sugerido la idea de que el reforzamiento primario se produce con la simple satisfacción de las necesidades. Tanto en el proceso de adquisición de unos patrones culturales como en muchas otras áreas de su vida, la conducta del niño depende de la forma en que es recompensado, relación existente asimismo, desde el, punto de vista paterno o social, tanto para un buen comportamiento como para uno malo. El reforzamiento de la conducta puede ser positivo o negativo, según radique una experiencia agradable o gratificante o bien en el término de una situación desagradable, no confortable o incluso eversiva. En contraste al reforzamiento tipo negativo, el castigo implica la creación de una situación desagradable busca

da por el niño al mostrar una conducta indeseable.

Existe la necesidad de poner unos límites en la conducta del niño de vez en cuando por medio de restricciones u otras medidas que puedan considerarse punitivas. Es claro el hecho de -- que el castigo o la reprimenda tienen si máximo efecto si se -- efectúan inmediatamente después de que el niño haya mostrado una mala conducta y que la tendencia a repetirla es mucho mayor cuando un retraso entre ésta y el castigo inflingido. También existen pruebas de que un reforzamiento de tipo positivo es generalmente más eficaz que el castigo para que el niño abandone una -- conducta inadecuada.

Las técnicas de modificación y moldeado de la conducta -- poseen una gran aplicación en la disciplina y socialización de -- los niños. El moldeado de la conducta comienza en éstos al dar-- les reforzamientos de tipo positivo a determinados aspectos de -- su comportamiento que se orientan en una dirección deseada, lo-- grandando con esto la extinción de la conducta no deseable al no -- responder a ella. A medida que el comportamiento del niño se -- acerca a los objetivos fijados, las recompensas se limitan de -- forma progresiva a las situaciones que representen para el niño-- el alcance de un correcto comportamiento que se mantendrá, una -- vez alcanzado, por medio de ulteriores y ocasionales reforzamientos positivos.

En la socialización y adquisición de una cultura adecuada,

debe tenerse en cuenta el importante papel que desempeña el ejemplo en el niño, incluso en el primer año de su vida, al querer imitar la conducta de todos los seres que le rodean. A medida -- que el niño crece se ve más capacitado en aprender no tan sólo -- de las experiencias derivadas de su propia conducta sino también en la observación de que su compartamiento ejerce unas consecuencias predictibles sobre los adultos y demás niños que están a su alrededor. La importancia de la imitación en el niño como medio de aprendizaje es extrema. No existe ninguna duda a cerca de que todo lo que éste ve en torno suyo o lo que experimenta a través de medios de comunicación de masas, como la televisión, los periódicos, la literatura y semejantes, afecta profundamente su -- sistema de valores y su conocimiento de lo que se espera que haga en respuesta a tales estímulos. En otro lugar se estudia la -- importancia que tiene el niño en que exista una congruencia clara entre el sistema de valores de los padres y su conducta. Las mismas consideraciones son aplicables, desde luego, a otras personas que posean un significado especial en el mundo que vive el chiquillo.

Por tanto, el extenso cuadro del crecimiento y desarrollo constituye un intrincado patrón. Aunque el patrón es único para cada niño, presenta profundas diferencias individuales en cada -- caso dentro de los amplios límites que señala la "normalidad".

II.- DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

PATRONES DE CONDUCTA.

Sabemos que el niño va creciendo y desarrollándose no solamente física sino también psicológicamente, así pues actuara y se desenvolverá de acuerdo con la edad por la que atraviesa. -- Ello constituye los patrones normales de la conducta a diversas edades.

EL RECIEN NACIDO.- Esta etapa es quizá la más difícil del niño, ya que pasa de un medio agradable, cómodo y acogedor que es la vida in utero, a un medio difícil en donde sentirá, hambre, frío, calor, dolor y una serie de factores a los que se deberá adaptar poco a poco. Ya desde el nacimiento, el niño está dotado de una vida emocional compleja.

El mamar es la actividad predominante del bebé durante la vigilia. A veces es necesario poner en movimiento el reflejo de succión; un mecanismo complicado con varios componentes, haciendo que la madre coloque el pezón en la boca de su hijo, moviendo el mentón rítmicamente arriba y abajo, produciendo así la simultánea estimulación de la cara dorsal de la lengua y del paladar-duro. Algunos bebés succionan sus pulgares u otros dedos desde el momento de nacer.

A LOS SEIS MESES DE EDAD.- Alcanzada esta edad, comienza a probar nuevos alimentos, que vienen a ser nuevas experiencias-

de sabor y consistencia, mientras otros los rechazan y lucha contra ellos.

En esta época la mayoría de los lactantes pasan por la -- irritable y dolorosa experiencia de la dentición. El llanto del infante se hace cada vez más frecuente y se vuelve más irascible, tiene una necesidad de morder, con bastante frecuencia. Es irrazonable castigar al bebé por morder, se le puede dar un mordielo o un troso de pan, para substituir el pezón o el dedo y es importante que se le permita expresar libremente esta necesidad. Es su primer acto agresivo y el impedirlo puede inhibir el desarrollo de sus derivados, socialmente valiosos como alcanzar, aprender e incorporar atributos o conocimientos de todo tipo. La inhibición prolongada del morder, puede ir seguida de un trastorno de aprendizaje o puede volverse contra el niño y expresarse más tarde por el desgaste y succión de los dientes, o por morderse las uñas, la lengua, los labios o el carrillo.

EL PRIMER AÑO DE VIDA.- El niño tiende a llevar a la boca todos los objetos que toca; esto viene a ser un método de investigación y sus descubrimientos los hace bajo la triada ojo, mano. boca.

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

EL NIÑO A LOS DOS AÑOS.- A esta edad el niño no está capa

citado para tener relaciones interpersonales prolongadas, ya que su conducta se caracteriza porque desvía su atención de una cosa a otra con mucha rapidez, además de que trata de hacer muchas cosas a la vez. Por lo tanto concede muy poca atención a las personas y a lo que le rodea y su campo de intereses es muy amplio y variado.

Para lograr tener relaciones con un niño de los años, es necesario que lo hagamos no solo por medio de la palabra, sino también por medio de la acción. En esta época el niño depende de su madre en todos los aspectos; su alimentación, protección, limpieza, comodidad, etc. Es un niño que no se basta a sí mismo, de manera que no responderá a preguntas y órdenes; no se le deberá forzar en actividades que no son de su agrado, pero si requiere atención dental, será preciso que la madre se siente en el sillón dental, con el niño en su regazo y nos ayude manualmente a manejarlo.

EL NIÑO DE TRES AÑOS. - Esta es una época de cambio en que deja de ser bebé y pasa a ser niño, va tratando de romper el vínculo materno, al tratar de ser independiente, ya que es capaz de sentarse en el sillón por sí solo, pero ante una agresión se refugia en su madre. Es muy susceptible, le gusta que lo alaben y trata de agradar a los demás, puede obedecer órdenes cuando se le dan directamente, admite pactos, generalmente su respuesta favorita es un no rotundo. Pero es interesante hacer notar que si-

se le explica la situación en forma adecuada y no confusa para su edad, cooperará en cosas que no sean de su agrado.

LOS CUATRO AÑOS DE EDAD.- Es la edad de la curiosidad innata del "porque" y el "como", el niño se muestra más independiente y a menudo es agresivamente autónomo. Generalmente a esta edad puede vestirse solo, sus enemistades son tan inestables como sus amistades, le satisface hablar con sus amigos sobre -- sus posesiones y a menudo disfrutará contando historias al dentista y a su asistente, aunque tiende a exagerar en su conversación. Se siente más seguro si se permite, que el padre permanezca con ellos hasta que conozca bien al personal y los procedimientos. En general, será un paciente muy cooperador.

EL NIÑO DE CINCO A SEIS AÑOS.- Es la edad preescolar, ya es un niño independiente que ha superado muchas etapas y se ha desligado de la madre y ha tenido relación con otras personas - pero hay momentos de colaboración y de retracción. Es la etapa en la que el niño ya distingue entre la mentira y la verdad, -- siendo capaz de autocriticarse. No le gusta dejar las cosas a medias, se siente orgulloso de sus conocimientos, le gusta que lo alaben y sentirse seguro de sí mismo. El niño tiene mayor bocabulario y podemos platicar con él.

A los seis años, es una época de transición importante, muestra interés por los lugares de recreo, la escuela despierta su sentido social formando clubs y pandillas con sus compañeros.

Podemos aprovechar esta situación para relacionarnos y hablar -- con él de cosas y actividades que le interesen.

PERIODO ESCOLAR.

Este periodo puede comprender aproximadamente de los seis a los quince años, aunque los últimos años pueden ya considerarse como la adolescencia. Posee una sub-cultura propia y característica, con tradiciones, juegos, valores, lealtades, reglas, -- etc. El niño ya está listo para iniciar su existencia indepen---diente. El ir a la escuela, cambia al niño o puede decirse que - este es un periodo de socialización, aprende a llevarse con los- demás y las normas y reglamentos de la sociedad al mismo tiempo- que aprende a aceptarlos. Inicia la formación de una pandilla o- club dentro de su vecindario o escuela, la que se convierte en - su principal interés, siendo esta una fase muy importante para - su vida. A los seis años es un tímido miembro de la pandilla y - hasta más tarde se convierte en un miembro más importante. Toda- vía en la primera etapa es muy dependiente de su casa y de la -- orientación de sus padres. Al principio le gusta hacer coleccio- nes, esta es una buena forma para que el cirujano dentista se re- laciones con él. A los seis años, su mundo se ha ampliado consi- derablemente. Ha aprendido a comportarse fuera de casa y a acep- tar algunas cosas que le disgustan porque así se espera que lo - haga. Los patrones destructivos tienden a ser dominados, no siem

pre por supuesto, pero empieza a aceptar la adaptación y autoridad como parte de la vida. En el consultorio dental prefiere estar sólo con el odontólogo, el que puede hablarle directamente y sin intervención de la madre. Es más en forma general, el niño y el dentista se llevan mejor si la madre no interviene. Esto es más frecuente desde los nueve años, pero hay ocasiones en que ocurre a los seis.

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

De los ocho a los nueve años, empieza a romper sus relaciones con su casa, posee secretos y rituales que le proporcionan dominio sobre la realidad; ésta es una faceta por la que -- tiene que pasar antes de alcanzar su madurez e independencia. -- El niño desea ser reconocido por el grupo y cualquier forma de ser reconocido le parece mejor que la de ser ignorado. Los intereses más importantes de las niñas son de jugar ha ser grandes-- como coser, cocinar, bailar, etc. Los niños se interesan en las herramientas, luchas, deportes, máquinas, etc. A los nueve años el niño ya tiene experiencia para adaptarse y cooperar aun cuando el procedimiento sea en realidad doloroso. Su mayor y principal diferencia con el preescolar es la capacidad de este último

para aceptar al odontólogo como autoridad; además su capacidad - de cooperación, aun sin gusto, pero sin tener que forzarlo. Puede aprender y razonar.

Los niños a los diez años son grandes imitadores, les gusta demostrar que son capaces de realizar cosas muy difíciles, -- compiten en fuerza física y en valentía. Con raras excepciones, - a los 12 años, desdeñan todas las actividades de niños y son firmemente independientes. En general las niñas maduran más rápidamente y a esta edad ya están entrando a la adolescencia.

A esta edad el niño está lleno de curiosidad, que es una muy buena característica que el dentista puede realizar para capturar la confianza y atención del niño, al interesarse sinceramente por sus gustos según su edad, pronto sabrá cuales son sus intereses especiales, proyectos o actividades en particular. Deberá tomarse en cuenta que sus preferencias cambian rápidamente. El dentista tiene la oportunidad de ganar un buen amigo a través del entendimiento y el servicio oportuno para el niño que está - tratando en ese momento.

LOS DOCE AÑOS DE EDAD. - Es otra etapa de transición en la que deja de ser niño y pasa a la pubertad. Son valientes y leales con sus compañeros, les gusta cooperar, pero quieren ser estimulados por su colaboración con regalos y palabras, como tratan de aparecer mayores, podemos estimularlos exhortándolos a -- que se comporten como tales.

TRECE A DIECISEIS AÑOS.- Es la etapa de la pubertad y la adolescencia, se crean muchos desajustes y desaveniencias y hay una inestabilidad. Se acrecenta el temor a las intervenciones - en la boca. Hay que interesarnos en sus problemas, platicar con ellos y darles confianza.

Se ha probado que los niños son irritables y tienden a - reaccionar violentamente; mientras que las niñas son más sensibles caen más facilmente en el llanto, presentando mayor dificultad para adaptarse emocionalmente, particularmente en la - - adolescencia; siendo frecuentes los problemas de ansiedad y miedo.

Los varones muestran mayor agresividad durante el tercer año de vida, en cambio las niñas aprenden a hablar más rápidamente, lo mismo que a preocuparse por su apariencia personal.

La pubertad es una etapa durante la cual se producen muchas alteraciones importantes y con frecuencia dramáticas en la conducta, como resultado del marcado salto en el desarrollo físico, mental y emocional. Este período exige un conocimiento y una comprensión especiales por parte del profesionista, ya sea médico u odontólogo si es que ha de tratar con éxito al adolescente. Ha dejado de ser niño, pero aún no ha alcanzado la madurez necesaria para ser considerado un adulto, se enfrenta al -- problema de quererse independizar de la autoridad y manutención que le proporciona su familia. Este deseo requiere el rompimien

to con muchos de los principios familiares, basados en la autoridad, responsabilidad, respeto, afecto, intimidad y posesión.

Entre los principales puntos de discusión entre el chico y sus padres están; la ropa, el dinero, las amistades, el carro de la familia, el teléfono, la escuela. Con todo ésto, se hunde en un mundo de conflictos y siente que es o de hecho está siendo restringido en su libertad de acción.

Durante este período, el adolescente ha de experimentar humillación, frustración, resentimiento y con frecuencia el hijo y los padres están en guerra constante. El adolescente pide privilegios, pero no desea asumir ninguna responsabilidad y en la adolescencia temprana el chico quiere acaparar los privilegios del niño y del adulto. Algunos de sus pasatiempos preferidos son los deportes, la lectura, oír discos, ir al cine, etc.

Más o menos en el primer año de preparatoria deshechan sus juguetes, así como los juegos con sus vecinos y amplian su campo social.

Todas estas etapas por las que pasa el niño desde su nacimiento hasta la adolescencia son necesarias y de gran valor para llegar a alcanzar la madurez individual.

Los niños crecen en tres dimensiones: física, mental y social. La conducta en todos los niveles cronológicos depende de la interacción de esas tres dimensiones del crecimiento. Si cualquiera de éstas se acelera o retarda, el patrón de conducta

se ve marcadamente afectado.

El desarrollo psicológico es una serie de acontecimientos complicados que se llevan a cabo durante el desarrollo fisiológico del individuo y que se exteriorizan dandonos un patrón de conducta.

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

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

La mayoría de los niños cuando se les sabe tratar, son pacientes leales y en ocasiones cooperan más que los adultos; el verdadero niño problema en el consultorio dental es la excepción,

pero también habrá casos, en que los niños requieran atención especial por parte del cirujano dentista. Sin embargo, al odontólogo le resultaría mucho más fácil aceptar cada niño, si supiera que un problema de conducta o un estado de ansiedad puede ser -- diagnosticado con facilidad y resuelto.

El dentista que decide dedicarse a la atención de niños -- estará en contacto con un ser inmaduro y en pleno desarrollo, -- que posee características propias; es por lo tanto importante que cuando menos en una forma general, se conocen sus lineamientos -- de conducta y sus capacidades mentales y emocionales, para que -- así sea posible encauzarlas y canalizarlas de tal manera que la -- íntima relación que idealmente debe existir entre el niño y su -- dentista, sea altamente positiva y satisfaga ampliamente tanto -- las necesidades del profesionista como las del paciente.

La forma en que se trata al niño y a sus padres, deberá -- influir positivamente para obtener resultados adecuados en el -- tratamiento a seguir.

Cualquier pedodontista debe estar consciente que ese pequeño paciente que asiste actualmente a su consultorio no solo -- es un caso del presente, sino también como un paciente del futuro ya educado para el tratamiento dental que a su vez ayudara a -- minimizar o erradicar los temores y actitudes negativas que padres e hijos presentan hacia la odontología.

III.- INFLUENCIA DE LOS PADRES.

El clima psicológico en el cual vive el niño es capital, y esta importancia juega desde los primeros días de vida, incluso desde antes del nacimiento. Todo es importante para el niño-- desde los primeros minutos de vida, ya se trate del ambiente familiar, el afecto que se le prodiga, el lugar que ocupa, la seguridad que encuentra.

Durante el primer año de vida, la relación del niño se establece especialmente con su madre. Se conocen, desgraciadamente, muy bien los trastornos del desarrollo que se produce en los niños privados de los cuidados maternos.

El niño carente de cuidados maternos es calmo, apático, triste, no hace esfuerzos por sentarse ni por atrapar los objetos. ¿porqué y para quien lo haría?. Es un niño encerrado en sí mismo, de mirada vaga; pasa su tiempo balanceándose en la cuna-- o masticando los alimentos regurgitados. El repliegue sobre sí mismo es lo contrario del desarrollo. Este solo puede hacerse -- en forma armoniosa si el niño establece un contacto, un intercambio recíproco con su medio ambiente.

Después de los dos años de edad, el desarrollo es, sin duda, menos sensible al ambiente. Incluso un niño carenciado -- desde el punto de vista afectivo logrará caminar y hablar. Pero las consecuencias se expresarán a través de trastornos del com-

portamiento (enuresis, trastornos caracteriales) y en los riesgos de una inadaptación social futura. El niño debe aprender a vivir y a transformarse en adulto en su familia, sea la gran familia o la familia nuclear.

La influencia en el trato a los hijos puede estar determinada por las situaciones que pueden prevalecer en un hogar, - los padres presentan diferentes actitudes ante sus hijos dependiendo de sus relaciones materiales, emocionales y económicas.- Esto viene a causar problemas en el manejo del niño, también -- una educación demasiado transigente con el hijo puede ser producto de grandes diferencias de edad entre los padres o de incompatibilidades.

Los padres difieren grandemente en sus actitudes hacia - los hijos. Aquellos que han tenido que esperar mucho tiempo para tener un hijo después del matrimonio o que se casaron tarde tienen la tendencia a ser sobre afectivos o sobre protectores.- El rechazo o la indiferencia hacia los niños es común cuando su concepción no era deseada o cuando los padres son muy jóvenes y no están lo suficientemente maduros emocionalmente para aceptar las responsabilidades de la paternidad.

Muchos padres presentan favoritismo hacia alguno de sus hijos, lo que puede traer consigo problemas de discriminación - entre hermanos y afecta en forma negativa la conducta del niño-favorecido. La vida emocional del niño puede afectarse también-

si las relaciones, gustos o intereses de los padres son diferentes.

Acerca del rechazo de la madre hacia sus hijos, Wolberg nos dice: "El contacto personal, con la mayoría de las madres rechazantes, me ha revelado que son inmaduras, inestables, neuróticas y en algunos casos psicopatas. La madre por sí sola es incapaz de realizar un ajuste maduro hasta la vida, y sus relaciones interpersonales defectuosas traen como consecuencia su falta de habilidad para adaptarse a la vida de casada, asumiendo sus obligaciones normales con la sociedad y con sus hijos. Su rechazo hacia el niño, es únicamente una faceta de su neurosis". En algunas ocasiones, la madre siente temor por el embarazo y considera que el niño es un intruso en su vida íntima. En algunos casos, pocos, por cierto, la madre ha sido sobreprotegida durante su vida antes del matrimonio y no le es posible aceptar sus responsabilidades como adulto frente a su hijo.

Se han encontrado en investigaciones de trabajo social, que las causas principales del rechazo de los padres hacia los hijos, son las siguientes:

1. Incompatibilidad social de los padres.
2. Peleas fuertes y frecuentes entre ellos.
3. Desilusión de él o de ella sobre el sexo del hijo.
4. Falta de afecto de uno de los padres hacia el otro.
5. Falta de consideración del esposo hacia la esposa.

6. Disgusto o miedo de la madre hacia el embarazo.
7. Miedo de la madre de una mala herencia que afecte al niño.
8. Matrimonio forzado.
9. Matrimonio al que se opusieron los padres o parientes.
10. Interrupción de la carrera de la madre o de sus actividades sociales.

Hubo un gran porcentaje de madres que venían de hogares deshechos y que a su vez fueron brutalmente rechazados. El rechazo por parte del padre no es muy común, además de que no está tan estudiado como el de la madre, pero en general obedece a dos causas.

a).- Siendo el padre en un caso dado la parte no dominante del matrimonio trata de comprar su aceptación estando de acuerdo con la madre en el rechazo hacia el hijo.

b).- O puede ser la expresión de sus propios problemas emocionales. Por lo tanto, puede rechazar al niño al sentirse celoso o ver un rival en él. O puede identificarse tanto con el niño que le transfiera los odios que siente hacia sí mismo.

Por supuesto que es difícil encontrar el rechazo absoluto así como la aceptación absoluta. Estas relaciones deberán evaluarse en grados de acuerdo a una escala dada y racionalizando estas actitudes.

Desde el punto de vista clínico encontramos tres manifes-

taciones de rechazo:

1. Sobre hostilidad y negligencia.
2. Perfeccionismo.
3. Sobreprotección compensadora.

SOBRE HOSTILIDAD Y NEGLIGENCIA:

Son padres que no han deseado el nacimiento del niño y se muestran hostiles en sus relaciones con el niño y le ponen castigos injustos, le maltratan, le dan al niño al hablarle un nombre ofensivo etc. La negligencia puede manifestarse en el hecho de los padres permitan que sus hijos lleguen a su casa hasta horas muy tardías, o que pasen la mayor parte del día fuera.

Existe otra forma de hostilidad y negligencia por parte de los padres, que no es tan absoluta, pero no por eso menos dañina. Por ejemplo sustituir rápidamente o desde un principio el pecho de la madre por la botella o regresar innecesariamente al trabajo después del parto etc. La personalidad del niño en todas estas circunstancias estará "hambrienta" del cariño y cuidado implícitos en las relaciones madre-hijo.

Este tipo de niños responde en una forma agresiva y hostil, son niños sin cariño ni protección, son inseguros y su personalidad no se desarrolla completamente, son niños problema. - Hay que tenerles mucha comprensión y darles a entender que queremos su bienestar y brindarles nuestro afecto, y que no quere-

mos agredirle ni hacerle daño.

PERFECCIONISMO.

Al estar los padres conscientes que sus sentimientos de rechazo hacia sus hijos son severamente condenados por la sociedad; necesitan una razón para rechazarlos, esta razón que dan - consiste en que no quieren al niño en la forma que es, y se dedican con energía a corregir lo que consideran defectuoso. Por lo general, la madre lo introduce bruscamente a un patrón de -- costumbres y horarios al que deberán a toda costa adaptarse el pequeño. Este perfeccionismo por parte de los padres crea en el niño no satisfacción de sí mismo. La coacción que lo ha tratado de conducir a la perfección en todos sus actos a temprana edad - es generalmente la causa de que se desarrolle en él tendencias obsesivas y compulsivas. Las frustraciones constantes que obtiene a partir de su falta de habilidad para obtener metas imposibles, lo hace adoptar una actitud de fracaso, desesperanzando y con falta de seguridad en sí mismo. Los chicos que son producto de una educación negligente son conducidos fácilmente hacia la delincuencia y a otras formas de hostilidad agresiva. El cirujano dentista actuará con afecto y disciplina. En estos casos el niño teme tomar decisiones por sí solo, por miedo a equivocarse.

SOBREPROTECCION COMPENSADORA.

Es muy parecida esta forma de conducta al perfeccionismo

con la diferencia que esta centra el énfasis en los padres que -
aislan a sus hijos de otras personas para que no les causen daño
o aprendan malos modales con otros niños. Están inhibiendo el de-
sarrollo psicologico y emocional del niño.

Este niño responde en una forma agresiva a personas que -
le son extrañas, son niños desobedientes. Hay problemas para su
manejo, hay que comprenderlo y darle a saber nuestro interés en-
su persona.

Cuando la sobreprotección es monopolizada se dice de ma--
dres dominantes que no dejan que el niño explore nuevas experien-
cias, ni que jueguen con otros niños de su misma edad, ni hacer-
amistad con sus compañeros; por lo tanto estas criaturas no sa--
ben alternar con otros niños, no se les permite crecer y quedan-
en un período de infantilismo y su personalidad no se desarrolla.
Son niños mimados y egoístas, pues desean controlar todo tipo de
situaciones, sin someterse a una autoridad definida. El dentista
deberá actuar con autoridad y disciplina.

El niño que crece bajo cualquiera de estos tipos de educa-
ción anteriormente explicados, se vuelve, egoista, resentido, --
vengativo, desobediente, muy activo, rebelde y hace rabietas con
mucha frecuencia. El dentista deberá actuar con este tipo de ni-
ños, con comprensión, afecto, cariño, y disciplina; aunque le se-
rá difícil entablar una relación positiva.

DEMASIADO AFECTO:

Es un camino mal entendido, generalmente lo presentan los padres que se casaron tarde, que tienen un solo hijo o que el hijo es adoptado. Los padres interfieren e inhiben el desarrollo de la personalidad del niño. Los niños educados bajo esta forma de conducta no pueden reaccionar normalmente frente a una situación dada. Es un niño caprichoso y berrinchudo y está acostumbrado a que todo el mundo esté a su servicio para hacerles sus caprichos, en la misma forma que sus padres lo hacen y querrán que nosotros seamos igual que sus padres y tratará de convencernos de lo que él quiere. Los pequeños no están preparados para tomar su lugar en la escuela y son muy cobardes en el consultorio dental y completamente inadaptables, ya que los padres cumplen todos sus gustos sin jamás hacerle entender que en algunas ocasiones es necesario enfrentarse a una situación aunque ésta nos disguste o cause molestias.

El dentista deberá actuar demostrando que quiere ser su amigo, pero al mismo tiempo que existe una disciplina a la que hay que someterse, con esta actitud, el niño irá entendiendo que deberá comportarse como es debido.

SOBRE INDULGENCIA:

En estos casos los niños son muy mimados, a los cuales no se les niega nada, y nunca se les niega nada, y nunca se les res

tringe en ninguna de sus actitudes. Esta actitud, en general, - la presentan los padres o madres que tuvieron una infancia poco satisfactoria aunada a los problemas económicos. En esta clase- de niños a los que no es posible llamarles la atención sobre algo que no hayan hecho correctamente, tampoco se llevan bien con sus compañeros y recurren al llanto y mal humor para soportar a todos aquellos que le rodean; con mucha frecuencia recurren a - este tipo de maniobras en el consultorio dental al sentir la menor molestia.

El dentista deberá actuar con disciplina y autoridad y - nunca ceder o dejar de realizar el tratamiento planeado para -- esa cita; tampoco deberá adoptar actitudes de hostilidad, de resentimiento o de malos tratos, simplemente no deberá prestar -- atención a todas estas actitudes negativas.

DEMASIADA ANSIEDAD:

Esta actitud en forma general la presentan los padres -- cuando el niño ha padecido una enfermedad muy seria, o alguno - de los otros hijos ha muerto. Se exagera la menor enfermedad y- se evita que el niño asista a la escuela o a su cita con el dentista. El niño se convierte en exageradamente dependiente de -- sus padres para cualquier actividad y responde con miedo, timidez, cobardía, y dependencia. La actitud del dentista deberá -- ser de disciplina y autoridad pero mucha comprensión.

FALTA DE AFECTO:

Los padres son indiferentes hacia el niño y le dedican - muy poco tiempo por razones evidentemente sociales o económicas. Situaciones tales como la incompatibilidad entre la madre y el padre, celos en la familia, la presencia de madrastra o padrastro pueden provocar un sentimiento de inseguridad en el niño. - Todos los niños tienen fracasos y si no es por el afecto y la - comprensión de sus padres se vuelven cobardes. El niño que vive bajo este ambiente de falta de afecto es tímido, callado, prefiere estar a solas, tiene muy poca o ninguna seguridad en sí mismo, se rehusa a tomar decisiones y llora con mucha frecuencia y facilidad. También muy fácilmente puede desarrollar malos hábitos y estar constantemente malhumorado.

Cuando sea adulto tendrá un problema grave de falta de - seguridad y confianza en sí mismo.

Todas estas actitudes por parte de los padres, que hemos señalado, son pobres substitutos del afecto real, genuino y natural. Indican dificultades emocionales en los padres y crean - profundas dificultades en el niño.

RECHAZO:

Las causas por las que un padre rechaza a su hijo son -- muy variadas, pero las más comunes son: Falta de madurez de los padres, por no haber sido deseado ese hijo o porque querían que

fuese de otro sexo y pocas veces por falta de responsabilidad.

Un niño al sentirse rechazado, tiende a ser vengativo, -- agresivo y desobediente; siendo frecuentemente en ellos la mentira.

CONDUCTA DE LOS PADRES.	REACCION DE LOS NIÑOS	ACTITUD DEL DENTISTA.
Repudio ó rechazo _____	Agresivo - Belicoso Negativo - Rebelde	Comprensión Afecto y Disciplina.
Indiferencia ó Negligencia _____	Falta de seguridad Timidez y Cobardía	
Autoritarios _____	Resistencia y nega- tivismo o Someti--- miento y Cobardía	
Demasiado afecto _____	Berrinchudos y egoís- ta.	Autoridad y Disciplina.
Demasiada protección _____ Demasiada indulgencia _____	Inadaptados, Cobardes y mimados.	

IV.- LA PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO.

La edad indicada para llevar al niño al consultorio, es entre los tres años y medio a los cuatro años, esto es con el fin de despertar su interés en el mejoramiento de su moral y aumento de su colaboración.

La primera vez que el niño acude al dentista está lejos de ser un encuentro casual, y del éxito que obtenga el dentista en esta cita dependerá el éxito de la aceptación del tratamiento por parte del niño. Es por lo tanto importante que tenga un propósito bien establecido. El niño nunca es indiferente a la forma como se le trata, es muy sensible y responde fácilmente a la conducta amigable, de paciencia y de cariño. Sus respuestas están determinadas por las actitudes del dentista, y sus experiencias previas con otros médicos y con los adultos en general. Es importante que el dentista primero sea aceptado como persona, para que más tarde se acepte su tratamiento.

El niño debe tener la impresión que la autoridad máxima dentro del consultorio es el dentista, y que todos deben de colaborar con él (secretaria, enfermera, y el mismo paciente).

El dentista debe de hablar con voz amable pero firme, -- nunca titubear y siempre deberá ser positivo. Aunque nuestra -- forma de hablar y de expresarnos, nos ayuda a ponernos en contacto con el niño; debemos poner gran cuidado a las acciones ya

que muchas veces hablan más que las palabras. Si sus maneras no inspiran la confianza del niño, son inútiles las promesas o las observaciones verbales, cuanto más informal sea la preparación es posible que el niño la considere como cosa natural.

Nunca podrá enfatizarse lo suficiente el hecho de que el niño examina al dentista de la misma manera que él está examinando al niño. Es ingeniosamente original la forma en que llevan a cabo sus exámenes, observar atentamente como actúa su dentista, la seguridad de sus movimientos, el tono de su voz, las expresiones faciales.

El tiempo que han de durar las citas deberá basarse en los procedimientos que se utilizarán en el tratamiento dental, en la personalidad del dentista y de sus ayudantes, en la personalidad e indiosincracia del paciente y en otros factores externos, como la escuela, la temperatura, etc. además hay que tomar en cuenta el número de citas, pudiéndose tomar como promedio, dos citas a la semana, aumentando estas sólo cuando sea un caso de urgencias.

En el manejo de niños demasiado aprensivos se utilizan citas cortas hasta que el niño tenga plena confianza en su dentista y en sus procedimientos operatorios.

Si el niño es llevado al odontólogo antes de que haya experimentado dolor o que haya sido condicionado para el temor dental por otros niños o adultos con mala experiencia, esta vi-

sita será invariablemente provechosa.

Es preferible que los padres o acompañantes no estén dentro del consultorio cuando se trate a los niños; así él afrontará toda responsabilidad comportándose mejor en la mayoría de -- las ocasiones.

Muchas veces los niños no sueltan a la madre cuando se les invita a entrar al consultorio, y raras veces esta resistencia a separarse es unilateral. En casos extremos, esta unión es tan estrecha que parecería ser necesario un procedimiento obstétrico para poder separarlos; la madre encuentra muy difícil dejar de proteger al pequeño, especialmente en el momento en el que deberá enfrentarse a una situación desconocida.

Los niños tienen mucha imaginación, son impresionables, pero incrédulos poseen una personalidad que exige igual respeto o aún más que cualquier adulto; la mejor manera es presentarse ante ellos con naturalidad, tratándolos como verdaderos seres humanos.

Nunca debemos de prometer nada que no se pueda cumplir, ya que la fé y la confianza de un niño se gana fácilmente con sinceridad y buena voluntad, confianza que puede perderse y para siempre con una decepción o engaño.

En forma general, deberá procederse de la siguiente manera en la primera visita del niño al consultorio:

En la primera cita tenemos la oportunidad de tener una -

plática previa con los padres. Nos podemos dar cuenta de la personalidad de los padres y la del niño.

Introducción del niño al consultorio: En esta situación, - el niño tiene dos principales temores, el miedo a lo desconocido y el miedo a lo que le puede provocar dolor.

El consultorio es extraño y el equipo completamente desconocido. Estos factores son muy importantes como determinantes de la conducta durante la primera visita. Entonces en esta primera-visita el principal objetivo será el de familiarizar al niño con el consultorio, con nuestros, empleados y con nosotros mismos. - El niño deberá ser adecuadamente preparado por los padres, explicándoles sencilla y someramente en lo que consiste ir al dentista. Deberá ser llevado al consultorio en edad temprana para que se le efectúe un exámen de rutina y evitar que se le tenga que - llevar alguna vez de urgencia.

Hay que dejar al chico que se vaya familiarizando con el ambiente del consultorio, para lo cual es conveniente que se encuentre dentro de él cuando se efectue un tratamiento no traumático ni doloroso a otra persona. Se le deben mostrar algunos instrumentos no punsantes ni cortantes y explicarle para que sirven.

En esta visita debemos de preguntar al niño como le dicen de cariño (o su diminutivo), con que nombre le gustaría que le - llamara.

Debemos procurar que a nuestros empleados les guste tra--

tar con niños tanto como a nosotros.

Después se hará un exámen clínico y radiográfico, previa-realización de la historia clínica medica y dental.

Al mismo tiempo de estar realizando la profilaxis, iremos completando nuestras explicaciones para ampliar los conocimientos del niño hacia nuestros procedimientos en el consultorio.

Aplicación topica de flour; se lleva a cabo la primera cita, si no existen cavidades muy profundas.

Aplicación local de curación sedante de las cavidades en-que se presentan caries muy abiertas.

Instrucción sobre el cepillado.

Plan de tratamiento; ya con la historia clínica médica y-dental completa, estamos en condiciones de hacer el diagnóstico, pronostico y plan de tratamiento.

Cuando se trata de una primera cita, pero es una urgencia:

Introducción del niño al consultorio es la misma forma -- que en el caso anterior.

Atención operatoria encaminada a eliminar el dolor.- Tra-tar de no llevar a cabo procedimientos que le puedan causar do--lor, llevaremos a cabo el tratamiento del síntoma para en la si-guiente sesión eliminar la causa.

Explicaremos a los padres que el niño necesita ser sometido a un tratamiento completo y el beneficio que de ello se deri-vará.

Una vez solucionado el problema de urgencia, se llevara a cabo los procedimientos antes mencionados para pacientes de primera vez.

V.- INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE.

La imagen falsa que tiene el niño respecto del ambiente - de la práctica odontológica y el tratamiento, es uno de los mayores obstáculos con que se tropieza, para lo cual, sería conveniente una visita al consultorio dental, esta debe ser atractiva y llena de impresiones agradables para el niño, para él sería interesante ver las instalaciones, como trabaja el chorro del agua de la geringa, el subir y bajar del sillón dental, etc.

Si ésta primera impresión es agradable para el niño, puede resultarle interesante, atractiva y llena de novedades, y después vendrá más tranquilo, ya que con el primer contacto en el consultorio el niño tiene su experiencia propia.

El aspecto de un lugar generalmente causa una impresión bien determinada, que puede ser agradable o desagradable y ser muy intensa y perdurable.

No debemos pasar por alto que la atmósfera del consultorio, tiene repercusión en el subconciente del paciente y de sus padres, pero deberá enfatizarse que ésta es solamente una parte de la impresión inicial: Aunque será de gran ayuda para dar a nuestro paciente una sensación favorable. Además debemos recordar que el decorado del consultorio revela una parte de nuestra personalidad.

Es importante que al entrar el paciente a la sala de re--

cepción, sea recibido por un ambiente agradable y de cordialidad sincera por parte de nuestra secretaria. Para controlar un poco el estado de nerviosismo con el que algunas ocasiones llegan al consultorio el paciente y sus padres; dispondremos los muebles - en la sala de recepción de tal manera que la atmósfera sea hogareña y familiar al niño.

Además de los sillones para los adultos es buena idea contar con silloncitos o pequeñas sillas para el uso de nuestros pacientes más pequeños.

Debemos tomar muy en cuenta que el tiempo de espera deberá ser lo más breve posible; aunque actualmente se sigue el sistema de citas y los pacientes no pasan mucho tiempo en la sala de espera, es muy recomendable tener revistas, libros, etc. para el entretenimiento de los padres y para los chicos hay una enorme cantidad de cuentos ilustrados, laminas con dibujos de colores y algunos juguetes para los niños más pequeños.

Es muy importante que la sala de espera se encuentre completamente aislada de los ruidos del consultorio, así como tratar de eliminar los olores de nuestros medicamentos, utilizando desodorante; también es muy agradable que se escuche música suave, ya que es un relajante nervioso muy efectivo.

El aspecto del consultorio no debe diferenciarse mucho -- del aspecto de una habitación común, con muebles normales, sillón y mesas pintados de color agradable, ya que el consultorio-

totalmente blanco produce en el niño y aún en el adulto, la impresión de estar en una sala de operaciones lo cual lo atemoriza aún más.

Los instrumentos y aparatos que no son necesarios para un tratamiento normal de ser posible, no estarán a la vista del niño, las mesitas de trabajo que están junto al sillón dental no estarán sobrecargadas de instrumentos, porque podrían asustar al niño.

En los consultorios no se colocarán más de dos o tres sillones y se destinará uno en una salita aparte para los niños intranquilos, varias salas pequeñas o una con varias subdivisiones mayores son psicológicamente más favorables.

Además del cometido de hacer agradable la permanencia de los niños en nuestro consultorio, estos detalles decorativos o complementarios demostrarán a los padres que nos preocupamos y estamos en la mejor disposición para que el niño se sienta contento, a gusto y confíe plenamente en nosotros para el cuidado y prevención de su salud dental.

Cuando el padre o el niño llegan al consultorio y se sientan cómodos por el ambiente agradable, serán más receptivos a las ideas preventivas y al tratamiento dental. Una forma de sembrar semillas mentales positivas es colocar sobre los muros carteles con pequeños mensajes preventivos, la opinión de los padres acerca del dentista y su concepto de la odontología se-

rá establecida durante los quince primeros minutos. Aunque no se menciona con frecuencia como elemento de motivación, la sala de espera y la reacción inicial del paciente, ayudan a éste a aceptar o rechazar todo lo que siga posteriormente.

VI.- RELACION NIÑO, DENTISTA Y COLABORADORES.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Esto se hará en una tarea de grupo entre: la asistente, la recepcionista y el odontólogo.

El dentista también deberá asegurarse de que el personal que le ayuda aman a los niños y los tratan bien, y emplean buenas técnicas para manejarlos.

Debe hacerse sentir al niño que el dentista es la máxima autoridad dentro del consultorio dental, y que todos los que en él laboran le deben completa obediencia y asistencia.

Si los auxiliares tratan en forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito, que tiene el odontólogo disminuyen enormemente.

La asistente del consultorio deberá seguir todas las instrucciones del dentista y seguir la misma actitud que él, ya que si es sobre protectora cuando el odontólogo toma una actitud dominante, o es despectiva cuando debe ser más afectiva, o se comporta demasiado cariñosa; esto vendrá a poner en desventaja la efectividad del tratamiento.

Es de gran ayuda que el dentista reciba al niño en la sala de espera el día de la visita. Cuando se trata por primera vez a un paciente infantil, siempre llámesele por su nombre de -

pila.

Cuando sea posible se deberá de dirigir la conversación - hacia el niño. Cuando se tome el historial preguntele de cuando- en cuando algo para que el niño conteste. Si se fuerza al niño a permanecer callado en una conversación que no le interesa, pensará naturalmente, que le va a pasar en la silla dental.

Cuando el niño se presenta ante el dentista automáticamente renuncia a una parte de su independencia y en cierto grado somete muchas de sus obligaciones y responsabilidades.

Se subordina a la autoridad del odontólogo en forma semejante a como el niño se somete a la autoridad de sus progenitores.

Muchos niños creen que un niño enfermo está en su derecho de hacer rabietas.

Los niños pueden ser manejados de diversos modos: con vigor y autoridad o mediante la comprensión de sus necesidades y - su conducción a aceptar los procedimientos odontológicos, de - - acuerdo al patrón de conducta que presenten en determinado momento. Estos niños son manejados en forma óptima por un dentista -- que ni recompensa ni castiga dicho comportamiento pero que continúa tratando al niño con firmeza cognoscitiva. Al hacer ésto él demuestra con su propio comportamiento que está sujeto al funcionamiento emocional maduro con la convicción de que esto último - proporciona mayor gratificación emocional.

El odontólogo que olvida que no puede tratar a los niños como si fuesen adultos crean problemas innecesarios en las interrelaciones con sus pacientes. Llevarse bien con este tipo de niños es un arte que resulta difícil para muchos dentistas. Los siguientes puntos básicos y de gran utilidad: El lactante y el niño están temerosos de cualquier cosa que no les sea familiar. El hecho de introducir algo a alguien nuevo, deberá siempre ser hecho gradualmente. Durante años, después de que los niños -- aprenden a hablar siguen otorgando un significado literal a las palabras. El niño puede malinterpretar el chiste imaginativo -- del odontólogo tomándolo en una forma concreta y transgiversar su significado. Es mejor hablarle a los niños en forma simple y clara y, siempre que sea posible, no dejar las cosas a la imaginación. El conocimiento infantil del mundo se halla todavía limitado, y cuando el dentista dice "¡Tienes una lengueta tan bonita!", el niño puede quedar demasiado impresionado con esta información y concederle una importancia que no fue la intención darle. Los niños son en especial muy sensibles a las pérdidas de cualquier clase. La pérdida de un progenitos, de las amígdalas, de un diente fuera de tiempo, del apéndice o cualquier lesión a su cuerpo es probablemente tolerada durante este período de desarrollo emocional. El odontólogo que se da cuenta de ello estará mejor preparado para aceptar y tratar la angustia del niño. El paciente adolescente requiere, mucho entendimiento, ya -

que todavía es un niño en ciertos aspectos, y un adulto en otros. No está seguro de cómo afrontar el reto de la vida adulta pero cree que aceptar consejos de adultos es un signo de flaqueza o de dependencia. Se encuentran luchando con impulsos sexuales poderosos u procesos de maduración. Parece estar exhausto un día y lleno de energía sin límites al siguiente. En cierto sentido, él se prueba en tamaño de diferentes identidades, para ayudar a enfrentarse a crisis particulares. Como resultado su actitud hacia el dentista puede cambiar de un día a otro. El odontólogo juicioso recordará su propia adolescencia y evitará tratar al paciente de esta edad como si fuese completamente un niño o un adulto.

Las relaciones entre el dentista y el paciente pueden ser una terapéutica poderosa. La misma medicación o procedimiento -- odontológico, en las manos de un odontólogo que inspire confianza y sentimientos positivos en sus pacientes, dará mejores resultados que los que logra un dentista al que se le desconfía y se le teme.

Hay algunas situaciones en las cuales el desenlace de la enfermedad del paciente será afectado crucialmente por la habilidad del odontólogo para emplear las "relaciones como terapéutica. Esto implica lo siguiente:

- 1.- El dentista debe hacer un esfuerzo deliberado para -- aceptar al paciente y sus necesidades de individualidad y de categoría social.

2.- El odontólogo debe expresar actitudes de sostén emocional, tales como dar al paciente cierto elogio y cierto reconocimiento del dolor, pena y temor que a menudo están asociados con la enfermedad. La comprensión de los resentimientos y los sentimientos de culpa del niño pueden a menudo traer un alivio-espectacular.

3.- El odontólogo debe darle una oportunidad al paciente para identificarse con él. Esto permitirá al niño obtener alguna fuerza de la persona a la cual generalmente considera como poderosa y confidente. El niño se siente más cómodo cuando es capaz de pensar: "Mi doctor y yo estamos luchando contra mi enfermedad", conforme me entero de cómo piensa y se siente él, yo puedo combatir esto en mi persona con una medida de su fuerza y paciencia".

4.- El dentista debe usar la relación dentista-paciente para proveer experiencias emocionales correctivas. El niño temeroso crónico puede, al observar la actitud y modales del odontólogo hacia él, aprender que su mente y su cuerpo no son tan delicados como, por ejemplo, su madre (debido a sus propias angustias) le hizo creer. Si el niño se abate y llora en presencia del dentista y está obviamente abochornado por su anhelo de soporte emocional, es útil para nosotros indicarle directa o indirectamente que esto es normal debido a las circunstancias.

El dentista deberá aclarar que entiende tal conducta y -

que, si los papeles estuviesen cambiados, el no se avergonzaría de tener que recibir la ayuda.

En niños en los que no se acusa una conducta abiertamente problemática, los lineamientos a seguir deberán ser:

Establecer una relación positiva entre el dentista y el niño. El odontopediatra deberá presentar atención a su relación entre él y su pequeño paciente, y tratara de tener una comunicación con él para entablar una relación más estrecha. Otra forma de ayudar al niño a sentirse más a gusto en nuestro consultorio consiste en minimizar la ropa profesional y reducir el número de instrumentos y aparatos extraños que pueden causarle un temor.

Los niños son especialmente sensibles a la sinceridad del dentista y de los adultos en general, por lo cual si se desea ganar la cooperación del niño, nada se logrará mintiéndole sobre el hecho de que no va a sentir dolor, sí se sabe que lo sentirá, lo único que se lograría actuando de esta forma es que el niño se resista a cualquier intento de acercamiento. Es mucho mejor proceder diciendo cuándo algo le va a molestar, asegurarle y desde luego tratar, que se va a procurar que el dolor sea el menos posible. Los niños son extremadamente curiosos frente a una situación nueva como es el tratamiento dental.

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 descon-

fianza.

Cuando el dentista decide dedicarse a la práctica de niños, debe estar conciente de que no es una tarea fácil y que todo el éxito que obtenga en su trabajo dependerá de su capacidad profesional, así como también de su capacidad como ser humano - de relacionarse con esos otros seres humanos que están en pleno desarrollo y formación, que son los niños.

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a ir con el dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no se puede convencer con palabras, el odontólogo - deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearle con los brazos como si fuera a abrazarle. De esta manera se tiene el control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento.

No se debe demostrar nunca exceso de entusiasmo ni ser demasiado insistente. No le de la mano a la fuerza ni le salude con voz demasiado fuerte.

Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmita a su paciente. Si el dentista no tiene seguridad se reflejará en el comportamiento del niño.

PARA CONOCER AL PACIENTE INFANTIL.

Es conveniente conocer al paciente infantil antes de que

llegue al sillón dental.

Cuando los padres llaman por primera vez para pedir cita, puede obtenerse información sobre el niño. Preguntar a los padres cuanto sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales. ¿Teme el niño ir al dentista?, ¿es nervioso?, ¿se lleva bien con los adultos?, ¿ha estado en el hospital?, ¿Tiene miedo a su médico?. Estas preguntas pueden dar idea del futuro comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción. Si está en el regazo de su mamá o abrazado a ella, se puede anticipar dificultades en el primer encuentro. Sin embargo, si el niño se sienta solo y lee un libro o juega alejado de su madre se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir tratamiento dental.

En la primera visita, se puede obtener información completa en la historia clínica. En esta etapa se conocerá también a la familia del niño.

Con estos conocimientos sobre el paciente se pueden prever sus reacciones ante el tratamiento dental.

El manejo del paciente resulta mucho más sencillo si se puede predecir, aunque sea remotamente, como va a reaccionar cuando se le empiece a tratar. Conocer al paciente significa ya media victoria. Saber cómo actúa guiara su manejo. Es valioso predecir su comportamiento.

Cuando hable a los niños el odontólogo deberá ponerse a-

su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas.- Hablar demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y aprehensión, como cualquier otra cosa que no comprende. Utilizar palabras sencillas y cotidianas que usan los niños de la - - edad del paciente ayudará considerablemente.

Al seleccionar temas de conversación elegir temas y situaciones que le sean familiares.

Se debe dejar que el niño lleve la conversación una vez - iniciada ésta. Si el niño es pequeño conviene añadir algo de fantasía para despertar más el interés. Se debe evitar tratar de hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto sería una gran ofensa que si les hablase como si - fueran mayores. Los niños se sienten halagados si los adultos -- los consideran mayores de lo que en realidad son.

Se deberá alejar las mentes de los procedimientos denta--les, hablandoles de algo que les resulte interesante.

Siempre que se esté trabajando con un niño no se le debe--rán hacer preguntas que requieran respuestas si se tienen ambas--manos y algunos instrumentos en su boca, los niños tienden a uti--lizar su pregunta como excusa para interrumpir por unos minutos - su tratamiento.

A la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentis--ta. Así se sienten menos ignorados y olvidados. Si los niños ha--cen preguntas, se deberán responder con la mayor exactitud posi--

ble. Sin embargo no se deberán de usar las preguntas como técnica dilatoria.

Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológi--cos para manejar niños sin producir traumas.

El odontólogo nunca deberá de perder su dominio y enfadargse. La ira como el miedo, es una emoción primitiva e inmadura. - Es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha -- disminuido su dignidad. El paciente lo pone en situaciones de -- gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas.

Si el dentista pierde el control y eleva la voz, solo - - asustará más al niño, y se le dificultará más aún su cooperación.

Si no puede evitar enfadarse, es mejor despedir al niño y dejar que otro odontólogo pruebe su suerte. Tal vez él pueda tener éxito donde el primero le derroto el temperamento.

Si el dentista ha tratado lo mejor posible, y no puede entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que - - arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

El manejo correcto del paciente niño se basa en conoci---mientos, sentido común y experiencia.

VII.- MODIFICACION DE LA CONDUCTA.

Uno de los elementos más novedosos que se encuentran en - voga para tratar niños difíciles es la "modificación de la con-- ducta".

Muchos niños que eran considerados como difíciles y tratados con drogas o anestesia general están siendo tratados en forma sistemática en un ambiente mental normal.

PRINCIPIOS BASICOS DEL CONTROL DE LA CONDUCTA.

Las especies de animales inferiores reaccionan al enfren- tarse a un problema huyendo o peleando pero lo que nos distingue de estas especies es precisamente la capacidad de razonar y solu- cionar los problemas inteligentemente; cuando reaccionamos pe- - leando o huyendo nunca lo hacemos abiertamente, reprimimos nues- tra ira o nos damos por vencidos y nos sentimos frustrados. Es- - tos principios serán puestos a flote cuando se mencionen los re- forzadores.

Nacemos sabiendo hacer valer nuestra voluntad pero poco - a poco el proceso de educación de nuestros padres nos impone re- glas que tenemos que respetar. A esto se le ha llamado "manipula- ción emocional", todos somos victimas de este proceso, el cual - podemos aprovechar en el consultorio para señalar al niño los re- glamentos y conducta que tendrá que observar.

Si un niño empieza a llorar al ser colocado en el sillón dental, el llanto es visto más positivamente, no como una reacción de temor provocada por el sillón sino porque en situaciones similares el llanto ha sido recompensado retirándolo del sillón dental, es decir que esto es una conducta en función de su consecuencia.

REFUERZOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

Según sus efectos sobre la conducta los estímulos pueden ser clasificados en tres categorías: 1) reforzadores positivos, 2) estímulos aversivos y 3) estímulos naturales.

1) Reforzadores Positivos.- Un reforzador positivo se define en la práctica como cualquier estímulo o hecho que aumenta la frecuencia de una conducta o una respuesta que provoca inmediatamente. Los estímulos que tienen un valor de supervivencia para el organismo, tales como alimentos y agua, suelen servir de reforzadores. Existen además gran número de estímulos sociales que han adquirido propiedades de reforzadores, tales como una sonrisa, una palabra de halago, un cumplido o diversos estímulos ambientales.

El decorado de nuestro consultorio y el ambiente debe -- ser adecuado para el paciente infantil y el personal que nos -- asiste tendrá que estar capacitado o entrenado para la atención a niños.

Esto no quiere decir que tengamos un patrón para este tipo de reforzadores ya que los que pueden servir para un niño pueden no serlo para otro o ser improcedente en otra ocasión.

2) Estímulos aversivos.- Se define como un estímulo que disminuye la frecuencia de la conducta que le sigue inmediatamente.

Los estímulos de aversión pueden ser aquellos hechos que son físicamente dolorosos o que han adquirido propiedades de aversión tales como; críticas y la pérdida de privilegios o estímulos que señalan la proximidad de un hecho desagradable, esto lo podemos ejemplificar con uno de nuestros procedimientos que con frecuencia empleamos en nuestros pequeños. Cuando se infiltra el anestésico el niño trata de evadirlo llorando y se le dice que si continúa llorando su propio llanto provocará un dolor mayor; este estímulo aversivo en ocasiones puede ser por sí solo suficiente para lograr una conducta mejor, pero todo lo que puede servir en un niño puede no hacer efecto en otro.

3) Estímulos naturales.- Estos estímulos tales como el sonido de la bocina de un automóvil, el tic tac de un reloj, el sonido de la música de fondo que ni aumenta ni disminuye la frecuencia de una conducta.

El alto grado de control de la conducta que puede lograrse a través del acondicionamiento aparente es resultado primor--

dialmente de un factor, a saber: administración precisa de un reforzador inmediatamente después de haberse presentado cada parte componente de la reacción final deseada.

Se ha demostrado que una diferencia no mayor de un segundo o dos modificará la forma de la conducta que será reforzada y favorecida. Por eso el comportamiento de un paciente puede ser - manipulado con precisión sin su conocimiento siempre y cuando se administre un refuerzo inmediatamente después de haberse presentado la reacción deseada. Por ejemplo cuando el niño ya sentado en el sillón rehusa abrir su boca se le pedirá con voz suave: -- "abre tu boca porque quiero contar tus dientes", por supuesto -- que no lo hará pero se le dará un estímulo positivo diciéndole:-- "Muy bien ábrela más, eso es lo estás haciendo muy bien, ahora - ábrela un poquito más grande"; esto hará que el pequeño, que mantenía sus labios apretados poco a poco vaya relajando su ansie--dad y acceda a lo que nosotros queremos y al obtener nosotros la respuesta deseada utilicemos inmediatamente el refuerzo que le - sigue.

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO.

Los padres, en ciertos casos tratan de revivir sus pro---pias vidas en los hijos, al hacerlo quieren darle al niño todas las ventajas que les fueron negadas. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción.

Estos niños reaccionan en el consultorio similar a los niños con padres dominantes, por lo que su manejo será análogo.

A menudo la posición del niño frente al tratamiento dental es determinado por el comportamiento de los padres y otros miembros de la familia, ya que la educación de los adultos influye siempre sobre la educación del niño para el tratamiento dental.

Se puede hacer que los padres comprendan que una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario.

Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado.

Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto en son de llevar al niño, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo, como sería en el caso especial de ciertos niños como por ejemplo con deficiencia mental, parálisis del cerebro, etc.

Algunos niños de edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres especialmente si el trato de éstos ha sido defectuoso. Sin embargo hay casos en que sólo la presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de 4 años de edad.

Debe aconsejarse a los padres la preparación psicológica del niño, y ante todo, que ellos mismos deben deshacerse del mie

do al dentista, pensando que si por la conservación de los dientes, y al mismo tiempo de la salud, valdría la pena tolerar alguna molestia. Si los padres no están de acuerdo con éstos fundamentos, serán vanos sus esfuerzos por educar con corrección a sus hijos.

Deberíamos instruir a los padres acerca del tratamiento dental, ya que al niño le gusta saber algo de esto y los padres lo podrían orientar. El desacierto y la torpeza de los padres - al contestar las dudas del niño pueden tener como consecuencia - que el niño adquiriera mayores temores o confirme alguna de sus - sospechas anteriores.

Generalmente, los padres exhortan a los niños a cepillarse los dientes diciendo que entonces no habrá necesidad de ver al dentista, el niño entiende por esto la alternativa de "Cepillarse los dientes o dentista", pero debe aclararse que son dos componentes inseparables del cuidado dental, o sea, higiene de la boca y visita regular al dentista.

La actitud de esos padres influye en el comportamiento - de estos niños en el consultorio, por lo que es recomendable -- dar a los padres las siguientes instrucciones.

a.- Pedirle a los padres que no expresen sus miedos personales frente al niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista.

Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo - al odontólogo.

b).- Nunca deben utilizar los padres la odontología como amenaza de castigo.

c).- Hay que explicar a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos, esto ayudaría a dar valor a su hijo.

d).- Enfatizar el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a - un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

e).- El padre no deberá prometer al niño lo que va a ha-- cer o no el odontólogo. Las mentiras solo llevan a decepción y - desconfianza.

ASPECTOS ACERCA DEL MANEJO DE LOS NIÑOS.

La gran mayoría de este tipo de niños actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, - sin que esto tenga relación con saber que existen pocas razones- para asustarse.

A pesar del deseo que tiene el niño de agradar, se le ha ce imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoporta ble al dolor. El odontólogo tiene a veces dificultades para po-- der comprender esta actitud, a veces es incluso difícil para el-

niño dar cuenta de su comportamiento.

Puesto que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, se comprende que se manifieste con base más emocional que intelectual y por lo tanto, no se puede interpretar basándose solo en la razón.

Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida entera del niño, y es por eso que en este tipo de niños debido a la deficiencia o alteración que padecen, será común un comportamiento hostil hacia el odontólogo, y un miedo hasta cierto punto persistente o infundado por una serie de experiencias por las que ha pasado. Su lógica va a estar basada en sus sentimientos, y el condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental.

Nos vamos a dar cuenta que estos niños se comportarán en el consultorio dental de una manera tal, que en el pasado les sirvió para liberarse de algo desagradable, y si en la casa pueden evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio tratarán de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si cuando se resisten con fuerza a sus padres, logran que se satisfagan sus deseos, tratarán de igual modo de evitar los trabajos dentales. Pero afortunadamente el comportamiento de estos niños, puede a veces, a base de mucha cautela de nuestra parte, ser mo

dificado.

si se hace que no resulten sus ataques emocionales cambiará su comportamiento. Cuando el niño sea capaz de aprender que - en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose de esa manera. No se puede hacer tratos con este tipo de niños acerca de su comportamiento, en estas situaciones es mejor ser autoridad benévola que darle - al niño a elegir sobre la acción.

Hay acciones en que el procedimiento que vamos a realizar tiene que producir dolores, aunque sean mínimos, en este caso es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle - -- creer que ha sido engañado. Tratar de convencer verbalmente al - niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de - por qué, no es muy efectivo. Puesto que los temores se desarro-- llan a nivel emocional las llamadas verbales a nivel intelectual son generalmente ineficaces.

REACONDICIONAMIENTO:

El niño llega a perder el miedo al tratamiento dental, -- porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad. Con simpatía y mucho tacto, se establece la rela-- ción, y los procedimientos a seguir se vuelven interludios agradables esperados con placer por el dentista y por el niño.

Uno de los primeros pasos en el reacondicionamiento del -

niño es saber si teme excesivamente a la odontología, y porqué. Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología (lo cual puede estar influido con experiencias anteriormente pasadas con otros médicos, debido a exigencias que inevitablemente ha propuesto - su enfermedad) viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más fácil.

Posteriormente lo que hay que hacer es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva, de esta manera se gana la confianza del niño y el miedo se torna en curiosidad y cooperación.

En cuanto a las sesiones, es recomendable que la primera visita se realicen solamente procedimientos indoloros. Es buena técnica, pasar de operaciones sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario tratamiento de urgencia.

En cuanto al consultorio, es probable que el niño entre con miedo el primer objetivo que debemos alcanzar es infundir confianza al niño, y hacerle que se dé cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia.

FORMAS DE RESISTENCIA HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL.

Forma activa, que son todas las manifestaciones de agresividad, pataleo, berrinches, lloriqueos, gritos, etc. y la

otra forma es la pasiva, consiste en que el niño desea estar es cupiendo, tosiendo, pide permiso para ir al baño, vomita, habla sin cesar, etc. El dentista deberá evitar esto y explicar al ni ño la necesidad de que obedezca nuestras órdenes.

La conducta del niño, es por lo general ó cuando menos - al principio, agresiva o retraída; es nuestro deber cambiar esa conducta para que en citas subsecuentes no tengamos problemas - en el trato de este niño.

El comportamiento del niño al principio es un saco lleno de temores y dudas, que tenemos que ir aminorando para después- despejarlas completamente.

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 propor-- ción 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 hacer el tratamiento mejor -- que nadie y con las mínimas molestias, y no sólo hacerlo que lo crea, sino tratar de lograrlo, esto es posible depositando en - cada niño nuestros mejores conocimientos, con ciencia profesio- nal y humanitaria, pensando siempre que el niño esta poniendo - su salud en nuestras manos, aunque él así no lo piense directa-

mente.

No se puede hablar de la conducta del niño como generalidad, ya que cada niño tiene su manera de ser, dependiendo de su situación económica, geográfica, anímica, etc. Es por esto que un niño que en una cita anterior se portó muy bien, a causa de cualquier problema ocasionado antes de la cita actual, puede cambiar su patrón de conducta para con el dentista o tratamiento dental, el dentista en el caso que dicho cambio sea negativo debe llegar al fondo del problema que aqueja al niño y tratar de solucionarlo para lograr que la cita que pintaba desastrosa, sea todo un éxito.

Los problemas que pueden variar la conducta del niño, son infinidad y a veces aparentemente sin importancia, porque aunque a sus padres o a nosotros mismos así nos lo parezca, para el niño ese problema insignificante puede ser trascendental, porque se le haya roto un juguete favorito, o a causa de la muerte de su perrito ó un regaño fuerte que le dió su padre por una cosa que el no hizo, así se podrían numerar muchas otras causas.

Ahora que si bien hay técnicas generalizadas de como se debe tratar a un niño que no se deja atender en el consultorio, también es cierto que muchas veces o bien la mayoría de las veces no se puede seguir una técnica ó método de control sobre alguna conducta, sino llevándolos por los caminos en donde se encuentre mayor cooperación de parte del niño.

También es cierto que el niño adopta a veces una conducta de reto, como tratando de probar qué tan bueno es el dentista que lo va atender; o que tanta paciencia le puede tener.

La conducta del niño como tal, tiene tantas variaciones, como la combinación de diversos colores entre sí, de aquí la dificultad o mejor dicho lo imposible de estandarizar una sola -- técnica para todas estas variaciones.

VIII.- ESTADOS EMOCIONALES.

Estamos constituidos en tal forma que determinadas situaciones provocan en la mayoría de nosotros una determinada reacción. Por ejemplo al darnos cuenta que estamos ante la situación de peligro, invariablemente, en primer lugar tratamos de evitarla, tenemos miedo y temblores. La forma específica que adopta la reacción bajo circunstancias especiales depende del grado de cercanía e intensidad de la situación, de la personalidad individual, de la experiencia o falta de la misma en situaciones similares y un gran número de otros factores. El miedo frente al peligro, es normal, un fenómeno natural. La educación de los niños, pueden hacer uso de éste para adaptarlos a la complejidad del -- miedo ambiente.

TRASTORNOS EMOCIONALES QUE NO ESTAN DE ACUERDO CON LA SITUACION.

Podemos observar una falta de madurez emocional e inestabilidad en explosiones dramáticas y sin control completamente -- desproporcionadas a la situación existente. Una escena tormentosa con gritos, patadas y reacciones destructivas, puede ser simplemente producto de que la madre se haya negado a darle diez -- centavos.

Las respuestas emocionales son correspondientes a clases-- particulares de estimulación evocadora; comúnmente a estimula---

ción constituida por estímulos reforzantes, positivos o negativos, que son presentados o eliminados a el inicio de la extinción.

REACCIONES EMOCIONALES FUERTES QUE VAN DE ACUERDO A LA SITUACION.

Existen situaciones dentro de las cuales ciertas reacciones por parte del niño son comprensibles y más o menos normales. Por ejemplo que no pueda dormir o no quiera comer o hablar con nadie, después de la pérdida de uno de sus padres, o por el contrario que esté actuando de una manera anormal u excitando en la proximidad de la fiesta de navidad.

ACTITUDES EMOCIONALES TRANSITORIAS.

Hemos estado refiriéndonos a respuestas adecuadas o inadecuadas, razonables o irrazonables, que están limitadas en tiempo y obviamente relacionadas con la situación concreta. Sin embargo, existen reacciones emocionales que se producen en un período más largo de tiempo, por lo general, no son dramáticas y no dependen de la influencia de una situación específica; tales reacciones son estados de mal humor irritabilidad, berrinches, así mismo como timidez y extremada sensibilidad. La relación de estas actitudes transitorias a las situaciones de la vida, no son con frecuencia, evidentes a primera vista.

ACTITUDES EMOCIONALES DE MAYOR PERMANENCIA.

Las personas difieren en su receptividad a los diferentes tipos de situaciones, en la forma e intensidad de su elaboración emocional, y en su expresión en la calidad y duración de sus estados de ánimo, en otras palabras en su temperamento. Entre los niños encontramos al joven tranquilo cuyas reacciones son generalmente compatibles con sus experiencias; encontramos a la persona excitable cuya última actividad o evento aumenta su forma de responder; el niño flemático que parece no interesarse en los sucesos dentro de los que se encuentra incluso; el chico comprensivo que responde con simpatía frente al sufrimiento de los demás, que es muy considerado con los sentimientos de sus padres y amigos o compañeros de juego; el chico frío que no parece afectarle en absoluto lo que les sucede a otros; el niño cruel que se regocija de los sufrimientos o contrariedades ajenas.

Las reacciones emocionales, son probablemente las formas mejor estudiadas del funcionamiento humano como una demostración de la integración psico y sociobiológica. Es imposible pensar en ellas separadas de la personalidad individual y del carácter de la situación. Existen respuestas a las influencias del medio ambiente y signos de lo que sucede en la persona que está respondiendo. El significado de cualquier tipo de conducta

está determinado fundamentalmente por el ambiente en el que ocurre, la forma en la que el individuo está involucrado, sus experiencias previas en situaciones similares, sus reacciones previas en dichas situaciones, los convencionalismos sociales, etc. De la misma manera la respuesta se manifiesta al observador en la forma en la que él deduce la naturaleza de la experiencia -- del individuo. Esta va acompañado por el significado de los sucesos fisiológicos complejos, los que varían de acuerdo al patrón emocional y de acuerdo con su intensidad. Por los trabajos del dr. Watson sabemos que hasta los niños de pocas semanas de vida cuando son afectados en el sentido de miedo, colera o amor asumen ciertas posturas con cambios en la tonicidad muscular, - en la respiración y en la actividad general. Esto fué lo que -- ayudó a Watson a descubrir las reacciones emocionales infantiles.

Pueden distinguirse tres grados de participación somática en las reacciones emocionales.

1.- Participación fisiológica como parte normal y natural de la reacción emocional psicológica.

Su intensidad es, generalmente, aunque no siempre, proporcionada a la intensidad de la respuesta. Puesto que el hombre se encuentra constantemente frente a necesidades de adaptación y con todo tipo de factores que lo ayudan o interfieren en sus objetivos, no es de esperarse que ni aún durante el sueño -

esté emocionalmente neutral y de esta forma las tensiones viscerales están siempre presentes. En el caso de emociones más profundas está demostrando y se ha encontrado que manifiestan algún grado de especificidad de acuerdo con los diferentes patrones de reacciones emocionales.

2.- Participación fisiológica inmediata.

Hasta en individuos sanos y estables, uno u otro componente somático puede salirse de la reacción total, en forma desproporcionada y generalmente desagradable; una fuerte impresión o -desagrado puede ir acompañada de dolor de cabeza o pérdida del -apetito. Un susto o miedo repentino puede traer consigo un grandeseo de defecación. La náusea acompaña con frecuencia a un fuerte disgusto. Sin embargo esta participación somática a las emociones, se considera normal.

3.- Participación patológica.

Una gran parte de la psicología infantil, comprende una -participación somática anormal, que llega a ser de importancia y hasta puede desempeñar un papel esencial en la vida del niño. Podemos enumerar algunos ejemplos de estas manifestaciones; Paro -respiratorio, palpitaciones, palidez, síncope, anorexia, constipación, diarrea, colapsos, vómitos, y dolores de cabeza.

Estas manifestaciones deben su origen o su repetición a -uno o a la combinación de varios de los mecanismos que presentamos a continuación:

a).- Intensificación no usual - Estos son el tipo de niños que debido a su personalidad, su educación, o en algunas ocasiones al observar reacciones similares en los adultos, producen una reacción orgánica extraordinariamente fuerte en la presencia de cualquier ambiente emocional.

b).- Intensificación habitual - Es un tipo específico de reacción somática. El aumento cuantitativo se hace generalmente con la suficiente frecuencia hasta convertirse en un hábito. Puede producirse por la recurrencia de situaciones concretas únicas, o puede con una respuesta repetida a alguna molestia menos obvia.

c).- Utilización intencional - El niño ha aprendido que algunas de las respuestas que anteriormente designamos similares de enfermedad física. Producen la alarma de sus padres, o lo colocan en el centro de atención de la casa o en la escuela y le proporcionan ventajas y privilegios que de otra forma no obtendría, o ha observado que cualquier otro miembro de la familia ha obtenido tales beneficios de un síntoma, puede utilizar esta experiencia más o menos intencionalmente para luchar con algo desagradable. Este tipo de conducta es generalmente un factor en el desarrollo de tendencias hipocondríacas en el niño.

d).- Diversificación - Algunas veces una reacción fisiológica inmediata que en un principio fue la expresión de un ambiente definitivamente emocional, puede perder su especificidad y ser utilizado en situaciones similares. Por ejemplo, un niño se-

cae de una silla y contiene la respiración por miedo, más tarde puede utilizar esta misma reacción para demostrar enojo.

e).- Automatización - Los concomitantes del cuerpo pueden ser en algunos casos tan frecuentes, tan dominantes y tan separados de la emoción original, que cesan en su función de ser signos específicos de respuestas a ambientes circunstanciales. Para el observador casual, le puede parecer que tiene una existencia independiente sin que tengan ninguna conexión obvia o sugestiva. Es por eso que algunos fisiólogos encuentran dificultad en darle un significado psicobiológico a reacciones que se consideran dentro de esta categoría.

MIEDO.

El miedo es el problema principal al que se enfrenta el cirujano dentista para manejar al niño, y es una de las principales razones por las que las personas descuidan sus dientes.

El miedo es una de las emociones primarias que son evidentes al nacer. No obstante, al principio de la vida el niño no se da cuenta de la naturaleza del estímulo que produce el miedo. Al ir creciendo aumenta su capacidad intelectual y empieza a darse cuenta del estímulo que le produce el miedo y puede identificarlo. El niño trata de ajustarse a estas experiencias pero trata de huir si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapacitado para enfrentarse a la situación, el-

miedo se intensifica fuera de toda proporción al estímulo que lo produce. Al contrario de la creencia popular es de gran valor -- cuando se le da la dirección y el control adecuado. Puesto que el estímulo productor de el miedo puede dañar al niño, el miedo es también un mecanismo de auto preservación. La naturaleza de esta emoción puede ser utilizada para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas tanto físicas como sociales. Por lo tanto, la educación adecuada del niño no deberá erradicar el miedo sino deberá dirigirlo hacia situaciones que existen en la realidad y ni en las situaciones en las que el peligro no existe. De esta manera servirá como un mecanismo protector.

Se encuentra basado el miedo subjetivo, en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por otras personas, sin que el niño haya tenido experiencia personal en el incidente. -- Los niños pequeños son muy susceptibles a influencias.

El miedo, también puede ser adquirido por imitación. Esto es esencialmente cierto cuando el niño observa reacciones de miedo en sus padres o en alguien a quien quiera o respete. Este tipo de miedo puede ser incluido por los padres en una forma no intencional. Por lo general es recurrente y difícil de erradicar. -- El miedo continúa aumentando todo el tiempo que permanece en la mente y por lo tanto se vuelve más intenso y fuera de proporción en relación al objeto del miedo.

El miedo al dentista, en la mayoría de los niños es subje

tivo en su origen y no tiene relación directa con experiencias dentales previas.

El miedo objetivo es aquel producido por la estimulación directa de los órganos de los sentidos por contacto físico con la experiencia y generalmente no son de origen parenteral. Este tipo de miedo, se manifiesta como respuesta a estímulos que se sienten, ven, oyen, saben, huelen y que son de naturaleza desagradable.

Un niño que ha sido tratado por un dentista en forma muy brusca y al que se le ha provocado dolor innecesariamente, puede desarrollar miedo hacia cualquier futuro tratamiento dental. También un niño que no ha sido manejado adecuadamente en un hospital, puede tener miedo hacia las personas uniformadas, también el olor característico de determinados medicamentos o un dolor de muelas puede ser asociado con el dentista y causar temor de esta manera.

Los patrones de conducta de miedo no son los mismos a todas las edades, sino que vendrían con el desarrollo físico y mental del niño. Por lo tanto, la edad es un buen lineamiento para saber que es lo que produce miedo a un niño.

De los dos a los tres años de edad, el niño teme principalmente a lo desconocido y a lo inesperado. Cualquier estímulo intenso o repentino le produce miedo. Por ejemplo, el ruido y la vibración del air-rotor. También tiene temor a cerse y a los

movimientos inesperados, por lo tanto si se le sube o baja repentinamente, se asusta. Así mismo le asustan los movimientos rápidos y bruscos de las manos así como las luces brillantes.

El niño en edad preescolar teme a los extraños, los objetos y las situaciones extrañas también lo asustan. Teme estar lejos de sus padres y ser abandonado por ellos. Para un niño acostumbrado al ruido y a la actividad de su casa, la quietud de la sala de espera lo podrá asustar. De los cuatro a los seis años existe una declinación gradual de los primeros temores ya que el niño va adquiriendo la habilidad de evaluar las situaciones productoras de miedo.

Se ha observado que los niños inteligentes despligan más miedo que los otros, debido a su capacidad de reconocer el peligro y su resistencia a aceptar aseveraciones verbales sin pruebas.

De los cinco a los seis años, el mayor miedo consiste en el temor a la injuria corporal. El dolor también puede ser asociado con el castigo y por lo tanto tomar su visita al dentista como un castigo por haber sido malo.

TEMOR.

Algunos temores son de naturaleza irracional, Jersalid ha estudiado las experiencias del miedo y ha encontrado que no hay relación entre estos temores y las peores experiencias que-

han tenido. Al desarrollarse las capacidades imaginativas, el -- miedo imaginario se hace más intenso. Temores imaginarios aumentan con la edad y el desarrollo mental. Puede decirse, que los - temores de naturaleza subjetiva son completamente imprevisibles. En un momento dado un determinado estímulo o situación puede no producir respuesta alguna, mientras que en otro momento se pre-- sentará el miedo a pensar de que no ha intervenido alguna expe-- riencia traumática. Por ejemplo, un niño puede tener más miedo - cuando ha dormido mal y tiene necesidad de dormir, su habilidad- para racionalizar y controlar su miedo ha disminuido y tiene una menor tolerancia frente a la incomodidad. No todos los temores - expresados por el niño son genuinos, con frecuencia, se utiliza- el miedo para propósitos ulteriores. Deberá tenerse en cuenta -- que la adquisición y respuesta al miedo, tendrá una gran varia-- ción de niño a niño y dependerá de las capacidades innatas e in- herentes al individuo. El niño físicamente sano, con funciones - endócrinas normales responderá en una forma más activa que el ni- ño con hipofuncionamiento glandular. El niño mentalmente alerta, responderá más rápido que el retrasado. Pero por supuesto, niños con la misma capacidad intelectual pueden reaccionar en direccio- nes opuestas.

INSEGURIDAD.

La psicología experimental ha ayudado mucho al conocimien

to de la actuación del individuo a partir de la fusión de su "medio ambiente interior" con el medio ambiente exterior".

La seguridad es uno de los estados emocionales más significativos. Está basado en la anticipación de situaciones que podrían interferir en la satisfacción de las necesidades y con la libre expresión de las diferentes tendencias de la persona. Se desea la seguridad económica, la seguridad para la familia, la seguridad de ocupación; de aceptación y de amor. Por supuesto -- que el niño no está relacionado con los problemas económicos y ocupaciones el afecto y la aceptación son las fuentes principales de su seguridad.

"El concepto de seguridad es la esencia de una teoría de acción la seguridad se convierte en algo importante si uno decide observar un organismo esforzarse para obtener la seguridad o resistir para apaciguar las tensiones inherentes a la inseguridad ambiental o interpersonal. La teoría parece integral a teorías de estados afectivos. La felicidad está relacionada con la seguridad y la infelicidad con la falta de ella".

De acuerdo con las observaciones hechas en niños pequeños cuando las madres estaban presentes (o las sustitutas de ellas) -- el niño se sentía seguro, la seguridad disminuye con la ausencia del adulto en proporción directa a la dependencia que tiene el niño respecto a ese adulto. El requisito más seguro que puede darse para la seguridad de niños jóvenes que se enfrentan a me--

dios desconocidos o no familiares es la presencia de un adulto con el que está familiarizado y cuyo poder protector sea conocido. Estas observaciones fueron fuertemente apoyadas por Freud y Burlingham. Los que hicieron observaciones en los orfanatorios de Hampstead en Londres también observaron que los niños mostraban inseguridad al ser apartados de sus madres, aún en los casos que ellas eran malhumoradas y a veces hasta crueles, de esto ellos concluyeron: "El vínculo de los niños pequeños con su madre, parece ser en alto grado, independiente de las cualidades personales y sin duda de las habilidades educacionales".

Podemos decir que la seguridad del niño descansa en tres pilares importantes.

a).- AFECTO: Se tardó algún tiempo en aceptar que el genuino afecto de los padres hacia sus hijos es muy importante para que el desarrollo psicológico del niño sea adecuado, como -- una buena alimentación es necesaria para un buen desarrollo físico. No existe ningún sustituto para el afecto.

b).- APROVACION: El afecto incluye la aceptación. Esto no debe mal interpretarse pensando que los padres deberán cegarse y aceptar todo lo que haga su hijo, simplemente deberá aceptarse al niño por lo que es sin tomar en cuenta si se aprueba -- cualquier cosa que se haga en particular.

c).- CONSISTENCIA: Dentro de las incertidumbres que interfieren con el sentimiento de inseguridad se encuentran metas

e ideales propios, las habilidades, las relaciones con los demás y la actitud que no debe tomar frente a los demás.

La consistencia se adquiere de la relación con los padres, es decir se inicia en casa, donde día a día se adquiere el patrón de conducta.

IX.- TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

Debemos tomar muy en cuenta la buena combinación de una -
terapeutica medicamentosa adecuada con el aspecto psicológico de
nuestro paciente infantil.

TECNICAS PARA LA INYECCION.

Para una aplicación correcta y satisfactoria de nuestro -
tratamiento dental en niños, debemos conocer algunas tecnicas mo
dernas para la aplicación de nuestro anestésico. Medidas que ven
dran a influir positivamente en el aspecto psicológico de nues--
tro paciente, dentro del gran número de tecnicas para la inyec--
ción del anestésico podemos mencionar las dos siguientes de más--
trascendencia:

LA TECNICA DEL "NO VER".

Una de las situaciones más "dramáticas" que se producen -
en el consultorio dental es la que rodea al proceso de la inyec--
ción. En contraposición a lo que les pasa a los adultos, a los -
niños, la "jeringuilla" puede producirles un trauma psíquico in-
curable, que puede llegar a perseguir al paciente durante toda -
su vida. Pero este hecho empírico no ha sido, hasta ahora, sufi-
cientemente investigado.

Hasta ahora se partía de la idea de que el niño a tratar-
tenía miedo de la inyección porque ésta "hacía daño". Pero según

nuestro punto de vista se plantea la pregunta fundamental: ¿duele realmente la inyección tanto?, o es que hay que atribuir el miedo a otros factores que puedan desempeñar un papel importante, como por ejemplo, ideas preconcebidas y experiencias anteriores (sean de naturaleza directa o indirecta).

Se ha comprobado que cuando se practica correctamente la anestesia local o la troncular, el paciente ni siquiera nota la necesaria inyección, y por lo tanto, tampoco percibe dolor alguno, si no ha participado en el proceso de la inyección y si no ha visto nada. Con otras palabras, no se sabe nada, no se ve nada: se reacciona de un modo distinto del habitual, incluso no se percibe dolor alguno.

Se investigaron 615 niños de 4 a 12 años de edad, la mayoría de ellos de los llamados "rebeldes", observando sus reacciones frente a la anestesia local y troncular. Los niños fueron -- distraídos únicamente por las explicaciones. Les decía que notarían una pequeña presión y un pequeño movimiento (una especie de vibración) y nada más. En toda esta maniobra, el niño estaba en posición horizontal. Con la inyección se empieza cuando el niño está totalmente tranquilizado. Como tratamiento previo se practicó una anestesia superficial con pomadas de xilocaina al 5%, la pomada se lleva a la boca con una torunda de algodón arrollada a un palito. El niño aguanta el palito, por sí mismo, en posición. Durante el largo tiempo de inyección (30 a 60 seg.), al niño se-

le fue hablando con voz reposada y baja para irlo distraendo y tranquilizando. La inyección misma se practicó con la técnica -- del "no ver"; el niño no sabía nada de la "jeringuilla" y ni la llegaba a ver. La auxiliar trabaja de pie, o sentada. La operación se realiza, en todo caso, de un modo oculto, interrumpiendo el campo visual del niño con la mano del dentista todo debe hacerse de tal modo que no le resulte sospechoso al niño.

Inyección vestibular en el lado izquierdo del maxilar superior. El ojo izquierdo del niño es tapado por el pulgar del -- odontólogo de modo que el campo visual, también limitado por la nariz, es lo suficientemente restringido como para que no sea -- vista la inyección practicada en el lado izquierdo.

Inyección vestibular en el lado derecho del maxilar superior. El campo visual del niño es limitado por los tres últimos dedos de la mano del operador y la inyección se efectúa entre el dedo índice y el medio.

Anestesia troncular, lado derecho. El campo visual del niño es limitado por los tres últimos dedos de la mano del operad--dor y la inyección se efectúa entre el dedo índice y el, medio.

Anestesia troncular, lado izquierdo. El campo visual del niño es limitado por la palma de la mano del operador. La inyección se efectúa entre el dedo índice y el pulgar.

De los 615 niños observados, sólo 63 reaccionaron a la -- "jeringuilla" esto es, que notaron o "dolor" o "malestar". Todos

los otros pequeños pacientes ni notaron nada ni siquiera se enteraron de que se les había inyectado.

1. ¡La anestesia local y la troncular, correctamente empleadas normalmente no duelen! Por ello se recomienda emplear - con más frecuencia la temida inyección.

2. Se recomienda emplear el presente método en los pa--cientes "difíciles" (primerizos, rebeldes, etc.).

LA TECNICA DE LAMAZE EN EL PACIENTE NIÑO PROBLEMA.

Desde hace mucho tiempo la atención de niños problema en el consultorio dental ha sido tema de discusión en libros y revistas de la especialidad. Se han identificado, analizado y cla--sificado numerosos procedimientos para eliminar sus temores y - ansiedad, tratando de modificar su conducta. Algunos de estos - procedimientos de modificaciones conductuales implican el uso - de materiales audiovisuales, entre vistas con los padres y re--troalimentación psicomotora. Otros métodos abogan por la admi--nistración de medicamentos tales como óxidos nitrosos, demerol, nisentil y DPT o por procedimientos hipnóticos.

Cualquier técnica que se utilice en odontología (general o pediátrica) como auxiliar para controlar pacientes problema - deberá incluir no solo principios básicos de las ciencias con--ductuales sino que deberá también adaptarse a las exigencias -- del ejercicio de la profesión. En lo referente a este primer as

pecto, deberá incluirse la conversión de niños con mal comportamiento, para tratar de convertirlos en pacientes dóciles y manipulables; ésto por supuesto implica tiempo, espacio y costo. Al tener en cuenta estos factores, es conveniente revisar los métodos propuestos hasta la fecha como auxiliares para el tratamiento de estos pacientes; mismos que en su mayoría violan uno u otro de los principios de una buena práctica profesional. Un ejemplo de esto son las técnicas de desensitización, ya que como las presentan algunos autores utilizan demasiado tiempo clínico, además de necesitar espacio adicional en el consultorio con el fin de llevarlos a cabo correctamente, durante un número de citas clínicas consecutivas. Estas mismas razones son aplicables a métodos basados en el uso de películas o de audioanalgesia, ya que ambas requieren de una inversión inicial y de mantenimiento continuo, siendo que para el primer método se necesita además espacio adicional y un operador. El método de Lamaze presentado a continuación tiene múltiples ventajas: sobre las terapias conductuales de hoy en día:

- 1° No requiere de equipo adicional especial a excepción de escasos recursos.
- 2° Utiliza poco tiempo clínico ya que muchos de los procedimientos terapéuticos se llevan a cabo en el hogar del niño, con la asistencia de sus padres.
- 3° El tratamiento no requiere de un espacio adicional.

En resumen, esta técnica requiere de poca experiencia en el campo de la psicología odontológica y como es un procedimiento estandarizado, puede utilizarse en la mayoría de las situaciones clínicas.

El presente estudio aplica los conceptos básicos de Lamaze (descondicionamiento y recondicionamiento de niños).

El primer paso fue desacondicionar a los pacientes, eliminando su miedo, mala conducta, síndrome característico y común en todos los niños estudiados. Con esto se logró cambiar -- sus reacciones interpersonales ante el medio dental y las experiencias relacionadas con este. Se hizo que tuvieran una primera visita agradable, amistosa, atraumática y educacional en el consultorio, prometiéndoles no efectuar ningún procedimiento -- dental a lo largo de esa primera sesión, y cuyo único fin era -- tener una oportunidad para conocerse mutuamente y explicarles -- nuestros procedimientos.

Una vez que el niño estaba en el sillón dental se le explicó que necesitaban respirar lenta y regularmente a un ritmo -- aproximado de 10 inhalaciones por minuto, presionándolos a concentrarse en su respiración sin permitirles cualquier tipo de -- distracción. Se les pidió a los niños que continuaran respirando en forma lenta y continua y que mantuvieran su pierna derecha levantada durante 20 segs. al cabo de los cuales la podían -- bajar. Hecho esto se les pregunto sobre su canción o tonada fa-

vorita, incitándolos a pensar en ella mientras mantenían la misma frecuencia respiratoria y levantaban su pierna, practicando las tres cosas a un solo tiempo. El ejercicio se realizó hasta un conteo de 35, o sea 100 segs. Por último se introdujo una pajilla en su boca, simulando una aguja dental y dándoles a entender que era un "simulacro" de aguja, a la vez que se les pidió respirar, alzar la pierna y pensar en la tonada; durante este tiempo se colocó la pajilla primero sobre el paladar y después sobre su mucosa vestibular, aparentando anestesiar al paciente con ella; de esta forma se acostumbraron al procedimiento sin que les fuera administrado ningún anestésico. El procedimiento anterior se practicó usando la palabra "inyección" como orden durante los tres pasos del procedimiento.

La visita se concluyó preguntando al niño y a sus padres si podía hacer lo mismo en su casa, diario hasta su siguiente visita al consultorio, cita programada generalmente una semana después. Esta primera sesión tiene una duración promedio de 15-min.

Durante la segunda sesión se procedió a practicar el mismo tratamiento (con la pajilla) y si éste reportó buenos resultados se sustituyó por la jeringa verdadera, utilizando la misma rutina, esta vez suministrando el anestésico y procediendo con el tratamiento dental correspondiente.

En resumen, puede decirse que este programa dió buenos -

resultados al aplicar inyecciones en niños de difícil control y comportamiento durante su terapia dental. Los autores sostienen que el programa es exitoso por las mismas razones sustentadas -- por Lamaze en su teoría del parto psicoprofiláctico.

1° Elimina el síndrome miedo-dolor al educar al niño ante un procedimiento anestésico al mostrarle como se coloca la -- aguja en su boca y como se "duerme" su diente.

2° Hace que el niño participe en actividades, distrayéndolo de la zona bucal; canaliza la energía motora que pudiera -- expresar con patadas y mordeduras y hace que el niño se concentre, disminuyendo también las sensaciones desagradables que pudiera llegar a sentir.

3° Al llevar los ejercicios a su casa el niño se siente -- más confiado y familiarizado con el procedimiento dental. La experiencia dental no se asocia ya con el consultorio únicamente, además de que cualquier miembro de la familia puede observar -- sus ejercicios y hacer algunos comentarios al respecto, a la -- vez que los practica en un medio por él conocido.

4° Se obtiene un protocolo constante y uniforme para tratar casos similares futuros.

MEDIDAS FARMACOLOGICAS.

El odontólogo debe establecer los objetivos para el tipo de comportamiento que requiere de estos niños, para el trata---- miento que debe hacer en un período

miento que debe hacer en un período de tiempo determinado. Algunos de estos niños pueden soportar procedimientos dolorosos breves sin ayuda especial, pero a medida que aumentan las demandas técnicas, y la duración del procedimiento aumenta también la necesidad de ayuda externa, para lograr la cooperación o la pasividad del paciente.

La elección de agentes o combinación de agentes será determinada después de evaluar la necesidad que tiene el paciente de ayuda especial para elevar el umbral del dolor con analgésicos y anestésicos, y para reducir la ansiedad y el miedo con sedantes y tranquilizantes.

Las dosis de analgésicos, sedantes o tranquilizantes que deberán usarse antes y durante el tratamiento dental serán determinados para las condiciones que rigen su uso eficaz y seguro -- con una consideración especial adicional. La mayoría de recomendaciones de dosis que se facilitan en los paquetes son los que -- habrán de usarse en circunstancias normales y no en tratamientos de situaciones dentales.

La estimulación que se proporciona en el tratamiento dental pueden vencer los efectos normales de la dosis acostumbrada de analgésicos, sedantes y tranquilizantes que han sido recetadas para la mayor parte de los propósitos no dentales. De igual forma las dosis de premedicación que han sido usadas anteriormente a la anestesia general no serán eficaces para el paciente que

ha de ser tratado, cuando está despierto. La determinación de la dosis adecuada empieza con el conocimiento de las propiedades -- adecuadas y peligrosas de las drogas disponibles y de sus efectos.

Las dosis requeridas de los analgésicos, sedantes y tranquilizantes usados comúnmente son mayores con el aumento del tamaño del cuerpo del niño y de su edad, su peso, su actividad y su vivacidad. Un estómago lleno retrasa la absorción de medicación administrada por vía oral. Los niños que, están debilitados necesitan más pequeñas las dosis. La tolerancia a la droga puede elevar los requerimientos de dosificación, o puede dar como resultado efectos malos en cualquier dosis.

La guía más satisfactoria para la selección de dosis de drogas para niños es la superficie del cuerpo.

Pugh describió el uso de la regla de Augsberger para calcular la dosificación en los niños, partiendo del área corporal de la siguiente manera:

$0.7 \times$ el peso en libras del niño = al porcentaje del adulto, por lo cual se calcula la dosificación de un niño como un porcentaje de la dosis del adulto.

Si se usara exacta esta fórmula, resulta una dosificación que es 7×100 , demasiado bajo para niños que pasan de 45 a 85 libras.

Existe una lista de dosis más realista para niños, la - -

cual fue propuesta por Leach y Wood y presenta la proporción de dosis y estas han sido determinadas pasandose en el área corporal, pero relacionada con el peso corporal y es de la siguiente manera:

	peso		Dosis como proporción de dosis para adulto.	Dosis en mg. por kg. si la dosis para adulto es 1 mg. por kg.
	Lb	Kg.		
Adulto	145	66	1	1.0
12 años	82	37	3/4	1.25
7 "	51	23	1/2	
3 "	33	15	1/3	1.5
1 "	22	10	1/4	
4 meses	14	6.5	1/5	
2 semanas	7	3.2	1/8	2.0

Las guías de dosis y los cuadros no eliminan la necesidad de calcular la dosis para pacientes individuales. Los efectos de la droga debe evaluarse, y la dosis deberá corregirse según se necesite. Hay que tener siempre en cuenta que hay muchas variables que afectan a la reacción a analgésicas y sedantes, y por lo tanto, una dosis excesiva ó escasa podrá darse de cuando en cuando. Si la dosificación está dentro del límite de seguridad, no existe peligro en ello, excepto la molestia.

FARMACOS PARA EL CONTROL DEL DOLOR.

Analgésicos.- Estos farmacos son aquellos que reducen el dolor sin afectar la conciencia, su acción consiste en elevar el umbral del dolor o modificando la percepción central, la interpretación y reacción, o disminuyendo la actividad refleja y reduciendo los aspectos psicogénicos del dolor.

Propiedades de un analgésico ideal:

1. La droga no ha de producir hábito, tolerancia ni adicción.
2. Debe de aliviar todo tipo de dolor en forma efectiva y selectiva.
3. No ha de producir sedación y muy poco euforia.
4. Su duración de acción debe ser adecuada.
5. No debe producir acciones colaterales sobre la respiración, sistema cardiovascular y gastrointestinal.
6. Debe tener un amplio margen de seguridad.
7. La droga ha de actuar tanto por vía bucal como parenteral.
8. Debe ser estable, barata y agradable de tomar.
9. Ha de poder utilizarse como medicación preanestésica.

Analgésicos Narcóticos: El único de los muchos alcaloides del opio que se usa en cierta medida en odontología infantil es el fosfato de codeína el cual es 20 veces menos eficaz que la

morfina. Generalmente la morfina de gran potencia y capaz de producir adicción se reserva para dolores intolerables, que ocurren muy rara vez en los niños. La dosis del fosfato de codeína en -- adulto es de 10 mg. 3 veces al día, en niños se puede calcular la dosis basándose en el cuadro anterior, su vía de administra-- ción en estos casos será por lo general por vía oral.

Dentro de los opiáceos sintéticos es la mepiridina (deme-- rol) la que posee efectos analgésicos intermedios entre la morfi-- na y la codeína. Frecuentemente se usa como premedicación para -- odontología operatoria, sola y en combinación con la prometazina (fenergán) ya que ésta es un antihistamínico sintético, de ac-- ción depresora central potente. La mepiridina es hipno-analgési-- ca y al igual que la morfina es un depresor del sistema nervioso y presenta peligro de sobredosis, y estos peligros son estimula-- ción cerebral, taquicardia, desorientación, espasmo muscular y -- depresión respiratoria. En cuanto a la dosis de la mepiridina de pende de la edad del niño y de su peso pero se puede sacar la -- proporción de acuerdo a la tabla descrita anteriormente tomando-- en cuenta que la dosis usual para adulto es de 50 a 100 mg. 3 ve ces al día y por lo general se usa por vía oral, pudiendose reem-- plazar por vía rectal en caso de vómitos o por vía intramuscular. Por vía parenteral se usará solamente en casos de dolores inten-- sos, y será preferentemente intramuscular. En caso de requerir -- el uso de la prometazina la dosis en adulto es de 25 mg. y se --

utiliza por lo general grageas de 25 mg., o jarabe 5 mg./ml.

Se cree que los analgésicos narcóticos actúan elevando el umbral del dolor por depresión de la corteza cerebral del hipotálamo y de los centros musculares.

Analgésicos no Narcóticos.- Entre éstos tenemos a la aspirina cuya dosis en adultos es de 300 mg. cada 3 ó 4 horas por vía oral y la combinación de fenacetina, aspirina, y cafeína conocida como APC con dosis de 1 a 2 tabletas cada 4 ó 6 horas por vía oral. Ambas son muy eficaces para analgesia bucal. Controlan el dolor pre y postoperatoriamente y pueden ser potencializados por sedantes especialmente barbitúricos.

El óxido nitroso por inhalación produce analgesia y puede ser un método eficaz y seguro para disminuir la aprensión o la resistencia al tratamiento dental en niños impedidos.

Es importante tener paciencia y comprensión al administrar por primera vez a un niño el óxido nitroso, hay que darle tiempo al niño para que se ajuste a esta experiencia. Deberá demostrársele cómo se emplea esta máscara y puede hacerse correr el juego de gases sobre las mejillas y manos del niño, antes de colocar la máscara. Si existe resistencia se puede controlar con una muy suave restricción física y un flujo de óxido nitroso de 50% de oxígeno directamente sobre los orificios nasales. Esta mezcla puede causar efecto ligeramente eufórico y relajar el niño lo necesario para permitir la colocación de la máscara; des-

pués de todo esto deberá disminuirse la concentración de óxido - nitroso al nivel apropiado, generalmente un flujo de 10 a 15 %.

Cuando se logra el nivel apropiado de analgesia, el dentista puede iniciar el tratamiento. En estos casos, los procedimientos operatorios difieren poco de los seguidos normalmente.

FARMACOS QUE MODIFICAN LA ANSIEDAD Y EL MIEDO.

Hipnóticos.- Se denomina hipnótico a una droga que produce sueño semejante al fisiológico.

Hay que tomar en cuenta que la acción de los hipnóticos - abre el sistema nerviosos central se asemeja a la de los anestésicos generales y que la diferencia entre el efecto hipnótico y la anestesia general es una cuestión de grado.

Así mismo, los hipnóticos a dosis muy pequeñas actúan como sedantes y se emplean corrientemente con este fin.

Propiedades de un hipnótico ideal:

1. La droga debe tener acción hipnótica segura.
2. La acción hipnótica debe producirse sin periodo de - excitación previa.
3. La droga no debe irritar al estómago.
4. Debe absorberse fácilmente.
5. Debe excretarse o destruirse fácilmente (no acumulación).
6. No ha de producir acciones colaterales peligrosas ta

les como depresión cardíaca.

7. Debe existir un margen de seguridad amplia entre la dosis hipnótica y la que produce parálisis bulbar.
8. No debe producir hábito ni adicción.

Los hipnóticos se clasifican en 10 grandes grupos, dentro de los cuales los que más utilizaremos en estos casos son los barbitúricos y el hidrato de cloral, ya que ambos se usan frecuentemente para sedar a este tipo de niños previa intervención dental; inducen a un sueño tranquilo del cual se despierta fácilmente a los niños; algunas veces se despiertan un poco excitados.

Los barbitúricos se clasifican según su duración de acción como se verá a continuación mencionándose algunos ejemplos.

1. Barbitúricos de acción prolongada o larga (más de seis horas), como el fenobarbital (luminal).
2. Barbitúricos de acción intermedia o moderada de 3 a 6 horas como el amobarbital (amytal).
3. Barbitúricos de corta acción (menos de 3 horas). Como el atobarbital sódico (Nembutal) y el secobarbital sódico (Seconal).
4. Barbitúricos de acción ultracorta (por vía intravenosa) como el tiopental sódico (Pentothal sódico).

Las vías de administración que se usan por lo general son la vía intravenosa, rectal y bucal.

La desventaja principal de los barbitúricos es la depresión respiratoria. Dosis (para adultos) de los barbitúricos mencionados;

Fármaco	Usual	Límites
Fenobarbital sódico (Luminal)	.10g. intramuscular	.05 a .30g. intramuscular
Amobarbital (Amytal)	.10g. oral	.02 a .30g. oral
Pentobarbital sódico (Nembutal)	.10g. oral	.20 a .50g. oral
Sacobarbital sódico (seconal sódico)	.10g. oral	.05 a .20g. oral
Tipoental sódico (Pentothal sódico)	.30g. intravenoso	.10 a 1 g. intravenoso

Es el hipnótico más antiguo que se conoce. Se usa a menudo en dosis hipnótica de menos de 1.0g. para niños de edad preescolar. Produce menos efecto en dosis segura para niños mayores - que necesitan sedación para tratamiento dental.

En niños la vía de administración del hidrato de cloral, - que se prefiere es la rectal, y la dosis hipnótica en niños es - de 500mg. a 1g. En caso que se administrara por vía oral se da - de una a dos cucharaditas de jarabe disuelto en medio vaso de -- agua. Una cucharadita de jarabe equivale a 500 mg. de hidrato de cloral. Tiene sabor desagradable. Se recomienda prescribirlo 45- minutos antes de la cita.

DROGAS TRANQUILIZANTES.

Entre los tranquilizantes más usados están los del grupo de la fenotiazina. Este grupo incluye tres de los tranquilizantes que han sido usados con éxito en niños pacientes dentales.- Son la clorpromazina que produce un gran efecto de tranquilización; en adultos su efecto tranquilizante se produce de 5 a 10 minutos después de la inyección intravenosa de 25 mg./ml. (en adultos), de 15 a 30 minutos después de la inyección intramuscular y de 60 a 90 min. después de administración por vía bucal.- No es una droga tranquilizante en sí, pero es capaz de aumentar dicho efecto para las drogas que lo poseen como la morfina y la meperidina por ejemplo, así al calmar la aprensión y la ansiedad, facilita la acción analgésica, tranquilizando al paciente.

Otro grupo de tranquilizantes llamado grupo menor, contiene fenotiazinas y otras drogas. Dos de los tranquilizantes menores se usan a menudo en este tipo de niños. Son los derivados de los difenilmetanos, la hidroxicina, y dos derivados de la benzodiazepina el diacepam (Valium y el Ativan).

El atarax (hidroxicina) tiene efectos antihistamínicos y antieméticos, produce a veces ligera somnolencia, sin llegar al sueño, no trastorna el pensamiento de los niños. El Atarax viene en cápsulas de 25 mg. y el jarabe viene en presentación de 10mg. por cucharadita. La dosis usual en niños por lo general -

es de 25 mg. una hora antes de la intervención, pero si se necesita mayor premedicación se le da al niño 50 mg. La noche anterior y 50mg. una hora antes ya que tiene efecto acumulativo.

La hidroxicina, es un medicamento seguro sin ningún otro efecto secundario que ligera modorra. Su duración de acción es - aproximadamente de dos horas.

El Atarax es un auxiliar eficaz en el manejo del niño, -- dentro de una variedad de conducta que varía desde la aprensión leve pasando por el temor y la angustia hasta los problemas graves.

El Diazepan tiene efectos sedantes, anticonvulsivos y se puede utilizar contra la ansiedad.

Entre sus efectos secundarios está la depresión cardiovascular, depresión respiratoria, falta de atención, puede presentarse un aumento de apetito con ganancia de peso o anorexia con pérdida de peso, ésto en cuanto a niños ya mayorcitos; en niños más pequeños puede ser molesto el aumento de secreciones salival y bronquial.

Su dosis en niños de 0.1 a 1 mg. por kg. de peso por día. Puede administrarse por vía oral o intravenosa.

El ativan como ya se mencionó es un derivado de la benzodiazepina, que recientemente se ha comenzado a usarlo como tranquilizante y sedante en este tipo de pacientes infantiles que sufren de problemas neuromotrices y de conducta, así como en pa---

cientes de bajo coeficiente intelectual o atípicos.

Ha sido recomendable seleccionar un analgésico, un sedante y un tranquilizante para usarlo repetidamente sólo y en combinación; hasta que el resultado de la variación de dosis, en circunstancias diferentes, pueda ser previsto con exactitud cada vez mayor. Para que ésto llegue a ser útil se deberán llevar registros.

ANESTESIA LOCAL.

En la actualidad parece lógico la utilización de anestésicos locales, pero aún con todas las complejas técnicas alcanzadas por la profesión, es sorprendente el número de clínicos que ejercen con el concepto erróneo de que la odontología para niños no requiere la utilización de la anestesia local. Aunque la pieza de alta velocidad cause la menor molestia, no hay que trabajar con este concepto inseguro ya que en ocasiones habrá ciertos pacientes que tengan un umbral al dolor más alto; pero no hay que olvidar que este umbral es variable en cada persona, además si se pretende causar el menor número de experiencias desagradables al paciente ésta es una buena medida ya que por una sola molestia el paciente se ahorra otras.

En la actualidad contamos con diferentes agujas de calibres muy reducidos y aunado a anestésicos de acción rápida y de corta duración se logra una infiltración atraumática. Algo más -

que se recomienda es calentar el anestésico a la temperatura del cuerpo, no filtrar la geringa delante del niño ni tenerla al alcance de su vista ya que esto genera tensión.

Se le explica al pequeño que se le procederá a dormir - - cierta muelita para que no de lata durante el tratamiento y practicamos con él mientras procedemos al acto operatorio tratando - de distraer su atención y hacemos ligera presión o masaje sobre el área por anestesiar, esta comunicación debe ser hecha en un - lenguaje apropiado a la edad del niño. Un alto porcentaje de niños cierran sus ojos durante este procedimiento para evadir la - realidad, lo que ocasiona que se concentran más en los procedi- - mientos. Hay que buscar, entonces, distraer al niño explicándole que necesita tener sus ojos abiertos para que él mismo se dé - - cuenta de que lo que hacemos no es motivo de temor.

ANESTESIA GENERAL.

Este procedimiento tiene un lugar en la odontología pediátrica. No como "facil" solución de rutina porque el niño presenta alguna actitud negativas o de rechazo, sino en casos bien seleccionados.

"Esta técnica magnífica si se usa correctamente, en manos adecuadas y en situación adecuada. Con demasiada frecuencia, el uso indiscriminado de la anestesia general se convierte en una - muleta en manos de muchos profesionales quienes fallan en cum- - plir su obligación en el manejo del paciente utilizando esta téc

nica cuando no está indicada".

La administración de la anestesia general corresponde al médico especializado y debe realizarse en un ambiente que ofrezca las máximas seguridades. No admitimos la doble función simultánea de anestesista y operador. "El dentista debe actuar únicamente como tal, dejando en manos de un médico legalmente habilitado y moralmente respaldado el manejo con fines anestésicos de poderosos fármacos que alteran profundamente la fisiología humana". Y no es excusa "el procedimiento breve", la "simple extracción". Los riesgos anestésicos son los mismos, al margen del tiempo que dure el procedimiento.

Queremos comentar sobre la significación de la anestesia general. Este conocimiento es fundamental para encarar el problema con el niño y sus padres en la forma más positiva. Existe, -- sin duda, un "trauma anestésico" que debemos esforzarnos por suprimir o disminuir al máximo. Tanto como pretendemos suprimir el trauma quirúrgicos.

En nuestra práctica, el niño entra con sus padres al consultorio donde se efectuará la intervención. El anesthesiólogo repite la explicación de la sesión anterior, hace participar a los padres en un "ensayo general" y procede luego a la inducción. -- Cuando el niño comienza a perder conciencia, los padres abandonan el consultorio, al que volverán cuando se inicie el despertar para que el niño les encuentre a su lado.

El anestesiólogo controla el posoperatorio inmediato y es tará en contacto con el paciente y sus padres durante el día, te lefónica o personalmente, lo mismo que el odontólogo. El niño es citado al consultorio dental a los pocos días para iniciar su -- nuevo contacto con la odontología. Es importante registrar las - reacciones del niño en los distintos planos (familiar, escolar, - de la alimentación, lúdico, etc.) durante el día de la interven- ción y los siguientes para comprobar cómo ha vivido esa experien cia y la forma en que han reaccionado sus sentimientos.

Dedicaremos algunos comentarios al cloruro de etilo, (uno de los tantos agentes anestésicos) porque desde hace muchos años es considerado por algunos profesionales en nuestro medio, como el anestésico "ideal" en odontología para niños. Se le presenta como fácil de emplear, al alcance de cualquier dentista, sin inconvenientes inmediatos o mediatos, "barato" ... y que además no deja recuerdos desagradables.

Frente a los entusiastas odontólogos defensores del cloru ro de etilo como anestésico general en niños, tenemos a distin-- guidos anestesiólogos que lo proscriben. Nos parece importante - conocer las razones, en una rápida y breve revisión bibliográfi- ca.

Adriani y Bush, dicen: "aunque la mayoría de los médicos- que dedican la mayor parte de su tiempo a administrar anestési-- cos ya no usan el cloruro de etilo por inhalación, sorprende no-

tar con cuánta frecuencia es empleado por prácticos que administran sólo ocasionalmente un anestésico". O sea, que los anesthesiólogos, con un conocimiento profundo de la fisiología circulatoria y respiratoria del anestesiado, de las propiedades de las drogas y sabiendo cómo tratar las posibles emergencias, han dejado de usarlo. Y muchísimos odontólogos, cuyo trabajo específico no es, por cierto, dar anestésia general, y por eso sin la capacitación básica adecuada y sin los recaudos de seguridad necesarios (en la inmensa mayoría de los consultorios privados y en muchos servicios donde se aplica cloruro de etilo no hay tubos de oxígeno) siguen usándolo.

"El cloruro de etilo es un hidro carburo que contiene halógeno con la potencialidad de dañar el hígado y perturbar el ritmo cardíaco. La inducción y el recobro son tan rápidos que el experto (las bastardillas son nuestras) encuentra a menudo difícil mantener una profundidad pareja de anestesia. La relajación muscular es incompleta en los planos seguros de anestesia y se produce espasmo muscular en caso de anoxia. Aunque es menos tóxico que el cloroformo, puede producirse fibrilación ventricular y paro cardíaco repentino".

Elder y Milani, dice: "Con respecto al cloruro de etilo, debemos comentar cómo sorprende ver que hay todavía quienes preconizan su empleo en odontología, y sobre todo en niños, como agente de elección. Es extremadamente potente y el margen entre-

anestesia y depresión cardio respiratoria es pequeño. Su mayor -
incidencia en la provocación de náuseas y vómitos; así como la -
mayor frecuencia de espasmos laríngeos. Puede ocurrir espasmo --
del buccinador y el masetero. La rapidez de inducción dificulta-
a veces seguir los signos de la anestesia".

El Consejo sobre Terapéutica Dental de la American Dental
Association, menciona el cloruro de etilo entre los anestésicos-
generales hasta su edición de 1957, aunque agregable "no carece-
de peligros y bajo ningún concepto debe darse más de una vez en-
una sesión. Su acción es similar a la del cloroformo". Pero a --
partir de la edición de 1958, se informa: "Este agente se ha usa
do antes como anestésico general para operaciones breves. Sus ac
ciones, sin embargo, son comparables a la del cloroformo y por -
lo tanto, no se recomienda como anestésico general". "El arte de
la anestesia se olvida por completo con demasiada frecuencia en-
esta era de producción en masa. Es imperativo que cada paciente-
sea encarado como un individuo, teniendo siempre en mente que es
muy probable que éste sea su único contacto con la anestesia...

Si se considera "anestesia general" al aplicar a un niño-
más o menos resistente, sin examen clínico previo responsable, -
sin la preparación integral ineludible, en ambiente inadecuado, -
algunas gasas perfumadas tapándole la boca, obstruirle la nariz-
y enviar un chorro de cloruro de etilo, sin noción de disis algu
na; verle en opistótonos, o gritar y patear "dormido", ponerse -

subcianótico o cianótico y despertar angustiado buscando desesperadamente aire; si ese cuadro, tan común con el cloruro de etilo (para una "simple extracción" o para abrir una cámara pulpar) se considera anestesia general, nos apresuramos a desecharlo terminantemente para nuestros pequeños pacientes.

El respeto a la personalidad del niño, la responsabilidad de cada profesional, su filosofía del ejercicio, la valoración de su paciente y la propia valoración decidirán su conducta.

C O N C L U S I O N E S .

Para poder dar tratamiento a un niño primero hay que conocerlo, ya que encaramos una gran responsabilidad ante ellos y -- les debemos un gran respeto como seres humanos.

Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica, pues con frecuencia se desvía del esquema fijo. En el -- diagnóstico de los problemas de conducta, como en la planificación del tratamiento deben de considerarse ambas edades.

Es importante saber conducir con inteligencia y acierto -- al niño en la primera visita al consultorio, pues tal vez de -- ello dependa el éxito o fracaso que tenga el profesionalista con -- el niño.

Es sumamente importante que el odontólogo aprenda a enmascarar su reacción emocional ante una determinada situación, pues hasta el niño más pequeño puede captar rápidamente la indecisión o la angustia del dentista. El odontólogo no debe mostrar jamás -- ira; cualquiera que sea la provocación. Debe crear una atmósfera de comprensión al parecer controlada. Si pierde el control de la situación, puede significar que debe reconsiderarse el problema -- o que debe emplear un enfoque distinto.

Además de tratar de comprender los problemas emocionales -- de sus padres, así como sus patrones de conducta el odontólogo --

debe analizar su propio carácter y su conducta para poder efectuar una interrelación personal más armónica y productiva con sus pacientes.

Con la cooperación de los padres, se puede educar al niño para que asuma una actitud receptiva respecto a la odontología y para que le otorgue los valores necesarios a su salud bucal.

Se ha de intentar una transferencia de la confianza, seguridad y entusiasmo del dentista y de su asistente hacia el niño. Una conversación constante de parte del dentista o de la asistente ayudará a cumplir este objetivo.

Para preparar al niño y ajustarlo a nuestra norma de conducta, debemos de considerar lo que le gusta, o le disgusta, tanto de todo lo que le rodea, como de nosotros mismos, de acuerdo con su carácter.

Tomando en cuenta la tendencia y contenido de este trabajo, el cirujano dentista podrá experimentar una gran emoción y sentirse orgulloso de pertenecer a una maravillosa profesión, la que le permite brindar un servicio a los niños y por ende a la sociedad.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.- "ANESTESIA GENERAL EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA" - S. Leut, Argentina - sección IV/070 - revista Quintaesencia Edición Española C. N. C.D. - vol. 2 núm. 9 - septiembre 1980.
- 2.- "APLICACION DE LA TECNICA DE LAMAZE EN EL MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO PROBLEMA" - M. Ruben, Boston - sección V/093 - revista Quintaesencia Edición Española C.N.C.D. - Vol. 2 num. 12 - diciembre 1980.
- 3.- "BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA" - Louis S. Goodman-y Alfred Gilman - sección II 5°. edición - Nueva Editorial - Interamericana México 1978.
- 4.- "CONDITIONES EMOTIONAL REACTIONS" - Rayner R. - exper psy---chol 1920.
- 5.- "EL ADOLESCENTE DE 10 a 16 AÑOS" - Gesell Arnold - Editorial Paidos 1972.
- 6.- "EL NIÑO DE 5 a 10 AÑOS" - Gesell Arnold - Editorial Paidos-1971.
- 7.- "EL NIÑO DESDE LA CONCEPCION HASTA LOS 6 AÑOS" - num. especial de la revista "L'Enfant en Milieu Tropical" Francia - - versión española editada por Care de México s.a. 1979.
- 8.- "FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA ODONTOLOGIA INFANTIL" Fuentes Servin Pablo - Revista A.D.M. - vol. XXX num. 2 marzo 1973.
- 9.- "FARMACOLOGIA MANUAL LITTER" - segunda parte - sección I y - II 2° edición - editorial el Ateneo - Buenos Aires 1961.
- 10.- "INFLUENCE OF SOCIAL LEVEL AND PSYCHIATRIC SYMPTOMATOLOGY - OF CHILDHOOD DIFFICULTES" - Alder A. - Clinic of the woods,- Langhorner 1945.
- 11.- "LA INYECCION EN NIÑOS LA TECNICA DEL "NO VER" - G. Bier -- Katz, Berlin - sección 1/001 - revista Quintaesencia Edición Española C.N.C.D. - vol. 2 num. 1 - enero 1980.
- 12.- "MANEJO DEL PACIENTE EN ODONTOPEDIATRIA" - J. M. Martínez - Herrera revista A.D.M. - vol. XXXVII num. 3 - mayo-junio 1980.

- 13.- "MANEJO DEL PACIENTE NIÑO Y DE SUS PADRES" - Odontología -- clinica de norte america - Wells J. E. - Editorial Mundi -- 1963 - serie V - Volumen 15.
- 14.- "MANUAL DE PSIQUIATRIA" - Philip Solomon y Vermon O. Patch. 2º edición - Editorial El Manual Moderno - México 1976.
- 15.- "ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE" - Mc. Donald E. Ralph 2º edición - Editorial Mundi 1975.
- 16.- "ODONTOLOGIA PARA NIÑOS" - Brauer Jhon C. - Editorial Mundi 1964.
- 17.- "PAIDOLOGIA" - Jose Peinado Altable - 10º edición - Edito-- rial Porrúa - México 1976.
- 18.- "PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL" - Teoria Empírica y -- Sistemática de la conducta - Bijou Sidney and Baer Donald - Editorial Trillas - 1969.
- 19.- "PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF PHYSICAL ASPECTS OF THE DENTAL OFFICE" - Rosenberg Jack L.S. - Dental clinic of north ame-- rica - London 1962.
- 20.- "PSYCHOLOGY IN DENTISTRY FOR CHILDREN" - Massler M. - Den-- tal clinics or north america oral habits 1962.
- 21.- "TRATADO DE PEDIATRIA" - Nelson Vaughan Mc. Kay - 7º edi--- ción Tomo I - Editorial Salvat 1980.
- 22.- "TESIS GENERALIDADES DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL" - Simón -- Báez Báez U.N.A.M. Facultad de Odontología - México 1980.