



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

P S I C O L O G I A
E N
O D O N T O P E D I A T R I A

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

MA. TERESA BEATRIZ NAVARRO ALVAREZ

MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

| | |
|--|----|
| 1.- NATURALEZA DEL HOMBRE | 1 |
| 2.- TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD | 5 |
| 3.- TIPOS DE PERSONALIDAD | 7 |
| A) PERSONALIDAD BUCAL | 8 |
| B) PERSONALIDAD COMPULSIVA..... | 9 |
| C) PERSONALIDAD HISTERICA | 10 |
| D) PERSONALIDAD PARANOIDE-ESQUIZOIDE..... | 10 |
| 4.- FACTORES QUE INTEGRAN LA PERSONALIDAD | |
| A) INNATOS: TEMPERAMENTO Y CONSTITUCION..... | 11 |
| B) FACTORES ADQUIRIDOS: CARACTER..... | 12 |

CAPITULO II.

LA VIDA AFECTIVA DEL NIÑO

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1.- EMOCIONES Y SENTIMIENTOS..... | 16 |
| A) PLACER Y DOLOR | 16 |
| B) LA REBELDIA | 18 |
| C) LA CURIOSIDAD | 19 |
| D) NATURALEZA DEL MIEDO | 20 |

CAPITULO III

MEDIO AMBIENTE

| | |
|---|----|
| 1.- MEDIO SOCIOCULTURAL | 22 |
| 2.- INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA CONDUCTA DEL NIÑO. | |
| A) ANSIEDAD DE LOS PADRES | 29 |
| B) RELACION CON LOS HERMANOS..... | 33 |
| C) INFLUENCIA DEL COLEGIO EN LA CONDUCTA DEL NIÑO. EDAD DE 3 A 7 AÑOS..... | 34 |
| DE 7 A 13 AÑOS | 37 |

| | |
|---|----|
| 3.- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIÑO CUANDO HACE SU PRIMERA VISITA AL DENTISTA..... | 40 |
| 4.- PREPARACION DEL NIÑO PARA SU PRIMERA VISITA AL DENTISTA..... | 45 |

CAPITULO IV

MANEJO DE LA CONDUCTA

| | |
|--|----|
| 1.- MANEJO DE CONDUCTA | 48 |
| 2.- FUENTES DE CONDUCTA NO COOPERATIVAS..... | 50 |
| 3.- PERSUASION | 52 |
| 4.- MODELAJE | 54 |

CAPITULO V

ANESTESIA LOCAL

| | |
|--|----|
| 1.- INTRODUCCION A LA ANESTESIA LOCAL..... | 55 |
| 2.- CONTROL DE VOZ | 60 |
| 3.-TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ..... | 61 |

CAPITULO VI

ANESTESIA GENERAL

| | |
|--|----|
| 1.- SEDACION | 64 |
| 2.- TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO..... | 65 |
| 3.- RESPONSABILIDADES DEL PRIMER ASISTENTE..... | 68 |
| 4.- RESPONSABILIDADES DEL SEGUNDO ASISTENTE..... | 70 |
| 5.- RESPONSABILIDADES DEL OPERADOR..... | 70 |
| 6.- ASPECTO PSICOLOGICO ANTE LA ANESTESIA GENERAL..... | 72 |

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION,

INTRODUCCION.

La odontopediatría ocupa un lugar de suma importancia en el ejercicio de la odontología, ya que del buen tratamiento que se tenga con los niños y la confianza que éstos tengan en nosotros, podremos lograr una salud bucal más eficiente.

El dentista deberá conocer verdaderamente al niño para así poder lograr su tratamiento completo, es necesario hacer conciencia de la importancia, del ambiente hogareño y de la influencia de los padres sobre el pensamiento del niño, sus ideales y expresiones.

Son los padres y no el niño, quien con frecuencia se convierten en el principal problema, para la conducción bien dirigida de la educación bucal.

La familia es el eje central para el pensamiento del niño, sus ideales y expresiones son fundamentales, Por desgracia son muchos los padres y profesionales, que no fijan su atención en la vida emocional de los pequeños, y no logran comprender que pasan por diferentes estados emocionales en su vida y que cada uno de éstos, necesita de toda la comprensión de los padres y dentistas, para no provocar pequeños o grandes traumas psíquicos,

Sin embargo, poco se ha publicado sobre los problemas especiales encontrados en la conducta del niño, cuando éste se presenta en el consultorio,

La finalidad de éste trabajo, es la de aclarar la esfera psicológica del niño a la odontología, con el fin de llegar a deducir los mejores procedimientos, aplicables en el consultorio para encausar bien su vida dental,

CUANDO LOS NIÑOS DEJAN DE SER IMPORTANTES PARA UNA
SOCIEDAD, ESA SOCIEDAD HA PERDIDO EL DERCHO A SU -
FUTURO.

L. RONALD HUBBORD.

CAPITULO I

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD,

NATURALEZA DEL HOMBRE

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

Los cambios en una parte no sólo afectan al organismo entero, sino que éste ejerce una influencia recíproca y dinámica sobre todas sus porciones constituyentes,

Las partes no son entidades distantes que se encuentran o funcionan en un espléndido aislamiento, fuera de la influencia o del control del todo; los procesos dinámicos que acontecen en el organismo lo afectan plenamente.

EL TODO empleado aquí, se refiere al NUCLEO CENTRAL del hombre, o sea su personalidad (en ella logra el hombre - su integración final y su plenitud), En la personalidad se enlaza la vida y cobra dirección la actividad del hombre, se abarca la calidad total del individuo, la estructura orgánica, la integración de su modo de ser y comportamiento.

Sin personalidad, no existe el ente humano (solo su cuerpo como una organización refleja).

La desintegración de la personalidad destruye al ser humano a pesar de que la vida misma puede persistir.

El punto de vista, en el cual se destaca la totalidad del hombre, en realidad subraya la importancia básica de la personalidad, en donde existe esta totalidad.

Cuando decimos que la enfermedad afecta al hombre, nos referimos a la personalidad. Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad y el tratamiento; una respuesta basada en el sentido y el significado.

Por lo tanto, el buen odontopediatra, ha de tomar muy en consideración la personalidad del paciente, su papel en la enfermedad, respuesta e influencia del tratamiento sobre ella.

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

Cada niño posee un patrimonio hereditario, verdadero y biológico que le es propio.

El porvenir del hombre, depende de la calidad de este patrimonio hereditario y su conservación tendrá para los médicos del mañana, la misma importancia que tenía para los médicos de ayer, la lucha contra la infección.

Una parte importante del comportamiento y del condicionamiento de los hombres, es la consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que han in-

fluído en las primeras etapas de su existencia, desde la la concepción, hasta el fín de la pubertad.

En cada una de éstas, existen necesidades y requerimientos especiales bien definidos en ese instante,

Si estas necesidades no son satisfechas, se originan gra^ves perturbaciones, en ocasiones irreversibles durante el crecimiento y desarrollo del organismo.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con los adultos protectores y responsables, a fín de poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad.

Los sentimientos y actitudes que se muestran en relación al nacimiento de un niño, son factores que influirán en su ambiente.

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

El desarrollo emocional del niño, depende de su disponibilidad para establecer lazos afectivos con personas tales como: educadores, padres, dentistas, médicos etc, que deben conjugar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades fundamentales, de un organismo en continuo movimiento. Estas necesidades, son similares para todos los niños -- del mundo, desde un punto de vista cualitativo, pero se combinan y se asocian de diferente manera en el tiempo -- y en el espacio. Básicamente se pueden clasificar en necesidades afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales.

Los impulsos agresivos de la vida emocional, son algunos de los aspectos que el niño tiene que afrontar por sí -- mismo..

Muchos muestran su inadaptación, ya que se inquietan seriamente limitando así su forma de vida.

Una característica, que manifiesta el niño que sufre -- desajuste en su personalidad, se presenta cuando sus esfuerzos para resolver las dificultades del presente, son parcialmente anulados por los efectos emocionales de los problemas no resueltos en el pasado.

TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

Freud suponía que la mente está dividida esencialmente - en dos partes: consciente e inconsciente, en el consciente se encuentran las ideas y sentimientos que pueden ser expresados verbalmente con libertad. La estructura de la personalidad, decía como hipótesis, consiste en tres partes id (inconsciente), ego (yo o consciente) y superego (superyó). El inconsciente, consiste en las tendencias - instintivas con que nace el individuo. Estas tendencias - instintivas según Freud creía, proporcionan la energía - psíquica necesaria para el funcionamiento de las dos partes de la personalidad, que se desarrollan más tarde es- decir, el ego y el super-ego.

Según lo piensa Freud la diferenciación de la personali- dad en inconsciente, consciente y superyó, es sólo parte del proceso total del desarrollo de la personalidad.

Los niños pasan por 5 fases de desarrollo, psícosexual - que son: oral, anal, fálica, latente y genital.

El desarrollo de la personalidad surge durante el primer año de vida cuando la principal fuente de placer del lac- tante consiste en la succión.

Etapa Oral.

El plácer se deriva tanto de la estimulación de la boca- como más tarde el acto de morder.

Fase Anal.

Durante los tres primeros años de edad, el ano se convierte en un foco de placer,

Fase Fálica.

Cubre aproximadamente, de los niños de 3 a 6 años de edad los órganos genitales se convierten en el foco de placer y por lo general a ésta se le denomina etapa fálica.

Fase Latente.

Aproximadamente a la edad de 6 años, todos los niños entran en la etapa latente.

Fase Genital.

El interés en las actividades sexuales y el ajuste Heterosexual, no aparece sino hacia la pubertad que es la etapa genital.

La situación del adolescente es difícil; desligado de su pasado, inconforme con su presente, e ignorante de su destino, tiene encontrarse así mismo, así como su camino en la vida.

Durante los tres primeros años de edad, el ano se conviete en un foco de placer.

Fase Fálica.

Cubre aproximadamente, de los niños de 3 a 6 años de edad los órganos genitales se convierten en el foco de placer y por lo general a ésta se le denomina etapa fálica.

Fase Latente.

Aproximadamente a la edad de 6 años, todos los niños entran en la etapa latente.

Fase Genital.

El interés en las actividades sexuales y el ajuste Heterosexual, no aparece sino hacia la pubertad que es la etapa genital.

La situación del adolescente es difícil; desligado de su pasado, inconforme con su presente, e ignorante de su destino, tiene encontrarse así mismo, así como su camino en la vida.

TIPOS DE PERSONALIDAD,

La palabra personalidad, es un término del que se ha abusado mucho.

Para algunos psicólogos la personalidad es sinónimo de repertorio de conducta total del organismo, para otros, la palabra personalidad se refiere solo a ciertos aspectos escogidos del funcionamiento psíquico y existe también, un concepto popular de personalidad muy arraigado, aquí se alude al modo o manera de ser de la persona.

Así se dice, en lenguaje vulgar de alguien que tiene una personalidad "amable" o "atarayente", si se relaciona fácilmente con las otras personas, Según la empleamos aquí la personalidad se refería al aspecto organizado o integrado de la conducta, a lo que nosotros nos referimos, como singularidad Psicológica del individuo, es en gran medida un asunto del modo distintivo, en que cada una de las reacciones de la persona, se integran para constituir una totalidad de la conducta, o manera de reaccionar del individuo ante los estímulos del medio.

- La personalidad generalmente se refiere a todos los aspectos del funcionamiento psíquico.

- La personalidad se refiere al aspecto organizado o integrado de la conducta.

- La personalidad, científicamente, es la manera de ser de cada persona,

A) PERSONALIDAD BUCAL.

El individuo con este tipo de personalidad, confiere un valor emocional exagerado a la boca y a sus funciones. Para él, siguen siendo una fuente importante de placer y usa el dominio del miedo para aliviar su estado de tensión.

Por lo tanto, para este tipo de personalidad las funciones de comer, beber, masticar y morder, serán el objeto de grandes preocupaciones. Generalmente son personas obesas impacientes que toleran mal cualquier frustración y aunque parecen simpáticas y amigables, su humor puede cambiar rápidamente, volviéndose mordaces, sarcásticos, exigentes e irracionales.

Este tipo de pacientes, toleran mal cualquier pérdida y cae fácilmente en un estado de depresión.

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

A) PERSONALIDAD BUCAL.

El individuo con este tipo de personalidad, confiere un valor emocional exagerado a la boca y a sus funciones. - Para él, siguen siendo una fuente importante de placer - y usa el dominio del miedo para aliviar su estado de ten sión.

Por lo tanto, para este tipo de personalidad las funciones de comer, beber, masticar y morder, serán el objeto de grandes preocupaciones. Generalmente son personas obe sas impacientes que toleran mal cualquier frustración y aunque parecen simpáticas y amigables, su humor puede -- cambiar rápidamente, volviéndose mordaces, sarcásticos, exigentes e irracionales.

Este tipo de pacientes, toleran mal cualquier pérdida y cae fácilmente en un estado de depresión.

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

B) PERSONALIDAD COMPULSIVA,

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

El individuo clasificado en este grupo es formal, puntual, meticulado y preocupado por los detalles, su perfeccionismo e inflexibilidad, hacen que sea recio a cualquier cambio. Las repetidas exigencias de estos pacientes para hacer modificaciones en la oclusión, en la prótesis parcial, fija o removible, llegan a veces a desorientar al dentista, aunque éste procura fijar, ajustar o equilibrar la oclusión, el paciente sigue descontento considerando que "algo" en su boca está todavía fuera de equilibrio.

Si el dentista no reconoce con qué tipo de personalidad está tratando, su trabajo se hará interminable corrigiendo siempre problemas dentales aparentes, cuando en realidad se trata de un problema de personalidad.

Este tipo de pacientes pueden incluso necesitar un tratamiento psiquiátrico.

C) PERSONALIDAD HISTERICA,

El paciente suele ser emocionalmente inestable, inclinado al histrionismo y a dramatizar todas las situaciones, es sugetionable y posee con frecuencia una gran imaginación.

La coquetería y la vanidad son rasgos habituales, La preocupación por la apariencia, va unida a un exeso de adornos al vestir, Las fobias y estado de angustia -- consiente son también característicos, Los enfermos con personalidad histérica pueden ser hipnotizados con facilidad y responden perfectamente a una actitud firme y segura del dentista.

D) PERSONALIDAD PARANOIDE-ESQUIZOIDE,

Las principales características de este tipo de personalidad son: comportamiento receloso, desconfiado y emotivamente frío. Es difícil de ganarse la confianza de estos pacientes, o establecer relaciones amistosas con ellos. -- También son frecuentes las manifestaciones de ira sin -- causa, de crítica y de reprobación, El tratamiento de -- este tipo de personas debe realizarse con prudencia y -- sumo cuidado.

FACTORES QUE INTEGRAN LA PERSONALIDAD.

A) INNATOS: TEMPERAMENTO Y CONSTITUCION,

El temperamento constituye su individualidad fisiológica o mejor psicofisiológica. Decimos "psicofisiológica, por que el temperamento no se ha de considerar como una pura resultante de funciones fisiológicas. El temperamento -- obra en el hombre desde el nacimiento y por medio de -- las actividades instintivas, es el factor que domina, -- sobre todo, en la conducta, de la primera edad,

En cambio el carácter se va formando y manifestando en su verdadera estructura y forma, sólo cuando el joven ha alcanzado una cierta madurez psíquica, es decir, cuando la inteligencia y la voluntad han llegado a cierto desarrollo que permite comprender y valorar equilibradamente sus propias acciones.

Ahora bien, la inteligencia del muchacho no está lo suficientemente desarrollada para ésto como lo demuestra la experiencia.

El temperamento, considerándolo en las diferentes manifestaciones que se originan en el comportamiento del individuo, puede describirse como un modo especial y espontáneo de reacción psicofisiológica de un individuo frente al ambiente, cuando por la especial combinación de elementos que predominan en su constitución psicológica.

B) FACTORES ADQUIRIDOS: CARÁCTER.

El término carácter deriva etimológicamente del griego - Karasso: incidir, imprimir una señal y significa en un - sentido más general, aquella nota particular por la cual un individuo se distingue, se caracteriza, respecto de - otro. Así dice Baudin que cada animal realiza un determinado tipo específico, que puede definirse etimológicamente, como un sistema de inclinaciones y de instintos y ésto es lo que constituía, según el carácter específico que - lo distingue de los animales y otras especies. Además de este carácter específico, existen elementos diferenciadores o caractéres raciales de índole somática, psicológica etc., que diferencian una raza de otra y los caractéres - individuales que están constituídos por un complejo de - cualidades somáticas, fisiológicas, verdaderas notas -- individualizantes, por las que un individuo difiere de - otro. Cada hombre tiene su propia fisonomía física, psí - quica y moral.

En sentido ético-pedagógico, el carácter es el conjunto de las cualidades morales, superiores inherentes a la -- personalidad, bien, como un planó o una línea de vida, -- tomados de determinados principios directivos, es decir, como el conjunto de orientación de vida dadas por la voluntad.

En el lenguaje ordinario, se dice que un individuo es hombre de carácter cuando en su conducta se muestra siempre a las convicciones, por el contrario, se dice que carece de carácter cuando no tiene convicciones propias es inconstante, indeciso, débil, y se deja arrastrar por los acontecimientos, en lugar de dominarlos y hacerlos servir para alcanzar sus propios fines.

el significado psicológico de carácter, considera un aspecto más restringido y prescinde de las cualidades morales inherentes y determinadas por la voluntad. Mejor dicho se refiere a aquellas manifestaciones externas de los hombres, que revelan su vida íntima así viene a tener un significado mucho más comprensivo.

El carácter psicológico está constituido por aquel conjunto individual de propiedades, que comienzan a manifestarse en un sujeto, tan pronto sale del estado de inconciencia, de las primeras fases de la vida y que van afirmandose cada vez más, en aquel conjunto de sentimientos, intenciones, propósitos e ideas, en los cuales el sujeto siente vivir la propia individualidad,

El carácter nos presenta la línea de conducta con la que se manifiesta la personalidad del individuo.

Por consiguiente el carácter es una estructuración psicológica de naturaleza, reaccionaria al ambiente.

Podría describirse el carácter, como el conjunto de todas las disposiciones psicológicas, elaborado por la educación y los esfuerzos de la voluntad y fijado por la costumbre.

Se ha visto que para que en un sujeto pueda existir un verdadero carácter se requieren, como propiedades verdaderamente fundamentales, la unidad y la estabilidad; pero observamos también otra propiedad fundamental en el carácter humano: la plasticidad, con la consiguiente mutabilidad, que permite desarrollar la obra de la formación del carácter. Hace que sea posible la educación, pues -- sin ella carecería de eficacia.

Conocer a una persona, significa conocer su personalidad, La personalidad es la caracterización o el patrón estructurado de la conducta, que exhibe un enfermo, cuando sugiere a qué tipo de personalidad puede pertenecer.

Sin ser psicólogo, ni psiquiatra, el dentista puede clasificar algunas características de su comportamiento.

Sin embargo es preciso que su interés por el paciente, no se limite únicamente al campo profesional, o sea en el caso del cirujano dentista, a la cavidad bucal y dientes.

El cirujano debe observar al paciente, en su totalidad -- examinando sus acciones, comportamiento, lo que dice y cómo lo dice, su modo de vestir, aspecto personal etc..

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

Este también debe comprender la conducta y reacciones de los individuos, que pertenecen a uno de los dos tipos básicos de la personalidad,

CAPITULO II

VIDA AFECTIVA DEL NIÑO,

LA VIDA AFECTIVA DEL NIÑO.

EMOCIONES Y SENTIMIENTOS,

Entendemos por sentimientos, un estado de ánimo especial, creado por determinadas sensaciones y percepciones. En general, las emociones están íntimamente ligadas a los sentimientos de gusto y de disgusto, o sea al placer y al dolor, a lo agradable y desagradable, están así-mismo en relación con los temperamentos.

La experiencia nos demuestra, cuán inadaptables son los fenómenos emocionales. Las emociones aparecen cuando la adaptación, es obstruída por una razón cualquiera.

La emoción, representa una confusión de los instintos y consiste en una descarga exagerada de energía nerviosa.

A) PLACER Y EL DOLOR,

El placer, es la satisfacción que sentimos al complacer los gustos de una persona, es una sensación agradable que se expresa por medio de la risa y de reacciones positivas, es la señal que nos anuncia que un ser vivo tiene a su organismo en buen estado.

El dolor, es una sensación molesta y afectiva, nos ocasiona pesar o tristeza por haber hecho algo negativo, el dolor nos ocasiona enfado, es éste el signo de un mal puesto que por lo contrario nos advierte que nuestro organismo está en mal estado.

Las emociones enunciadas anteriormente, son de mayor -
duración en el niño que en el adulto; en el primero, se-
apaciguan rápidamente y es debido a que el niño vive en-
el presente, pues su memoria está todavía mal organizada.
Tanto el placer como el dolor, en la primera infancia se
rán eminentemente impulsivos, debido a que el niño no ra-
zona correctamente, de ahí que cuando siente dolor pata-
lea y cuando siente alegría grita.

Para que se pueda dominar esta fuerza de impulsión, será
necesario que la inteligencia esté desarrollada.

Todas nuestras emociones de placer y dolor, son ante todo
medios de adaptación.

B) LA REBELDIA.

Todos conocemos este estado de cólera, que sobreviene - cuando el niño, sin sentirse culpable, sabe que ha de ser injustamente castigado. Cuando el niño fatigado y debilitado, tiene que ir a la fuerza al dentista y no convencido por sí mismo, no obtiene ningún resultado apreciable y se revela. Entonces se le maltrata califica mal y vigila, persiguiéndolo constantemente.

El niño inteligente y de responsabilidad, se revela ayudado por la cólera y el disgusto contra la autoridad que molesta y oprime, antes de someterse, persistirá en su testarudez.

El niño honrado, moral y valiente, se rebela contra el dentista o padre, que trate de obligarlo a su tratamiento dental, es deber nuestro y de los padres estudiar el porque de la rebeldía de los niños y se encontrarán en el fondo estados emocionales que no merecen castigo.

C) LA CURIOSIDAD.

Aparece unida a otros instintos, todas las gentes son curiosas, pero el niño es en extremo, todo lo quiere ver, -saber, escuchar.

A la curiosidad, van unidos los instintos: constructor y destructor, a tal grado, que llega a romper sus juguetes para ver como están construidos y cómo funcionan. La curiosidad, es una tendencia instintiva del niño que lo -lleva a investigar, a conocer y que nosotros hemos de estimular y satisfacer con claridad, sencillez y precisión. La curiosidad bien llevada se traduce en interés y ambas en atención que lleva a la observación y experimentación.

D) NATURALEZA DEL MIEDO.

El miedo representa para el dentista, el principal problema de manejo, es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental,

Por esta razón, es bueno discutir esta emoción y la manera en que las influencias de los padres y del medio, actúan para dar pacientes buenos o malos,

Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es difícil de controlar. En muchos aspectos, el niño se comporta de manera primitiva, al tratar de luchar con la situación, o huir de ella.

Cuando no puede llevar a cabo ésta, aumenta su miedo y entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser difícil.

Debe enseñárcele al niño, que el consultorio dental no debe inspirar miedo.

Por otra parte si el niño, aprecia al dentista, ese miedo a perder su aprobación, puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

La mayoría de los miedos han sido adquiridos objetivamente o subjetivamente.

Los temores objetivos, son los producidos por estimulación física directa, de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno.

El temor objetivo, es una reacción de los estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable. El niño, que anteriormente ha tenido contacto con un dentista y ha sido manejado deficientemente, que se le ha provocado dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros.

Temores subjetivos, son los que están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño, por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido.

Los temores sugestivos, también pueden experimentarse por imitación, un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho, tan genuinos como el que está observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres.

Los temores de un niño y la manera en que los maneja, cambian con la edad. Los primeros temores que el niño asocia con la odontología, son los producidos por lo inesperado y lo desconocido.

CAPITULO III
M E D I O A M B I E N T E ,

MEDIO SOCIOCULTURAL,

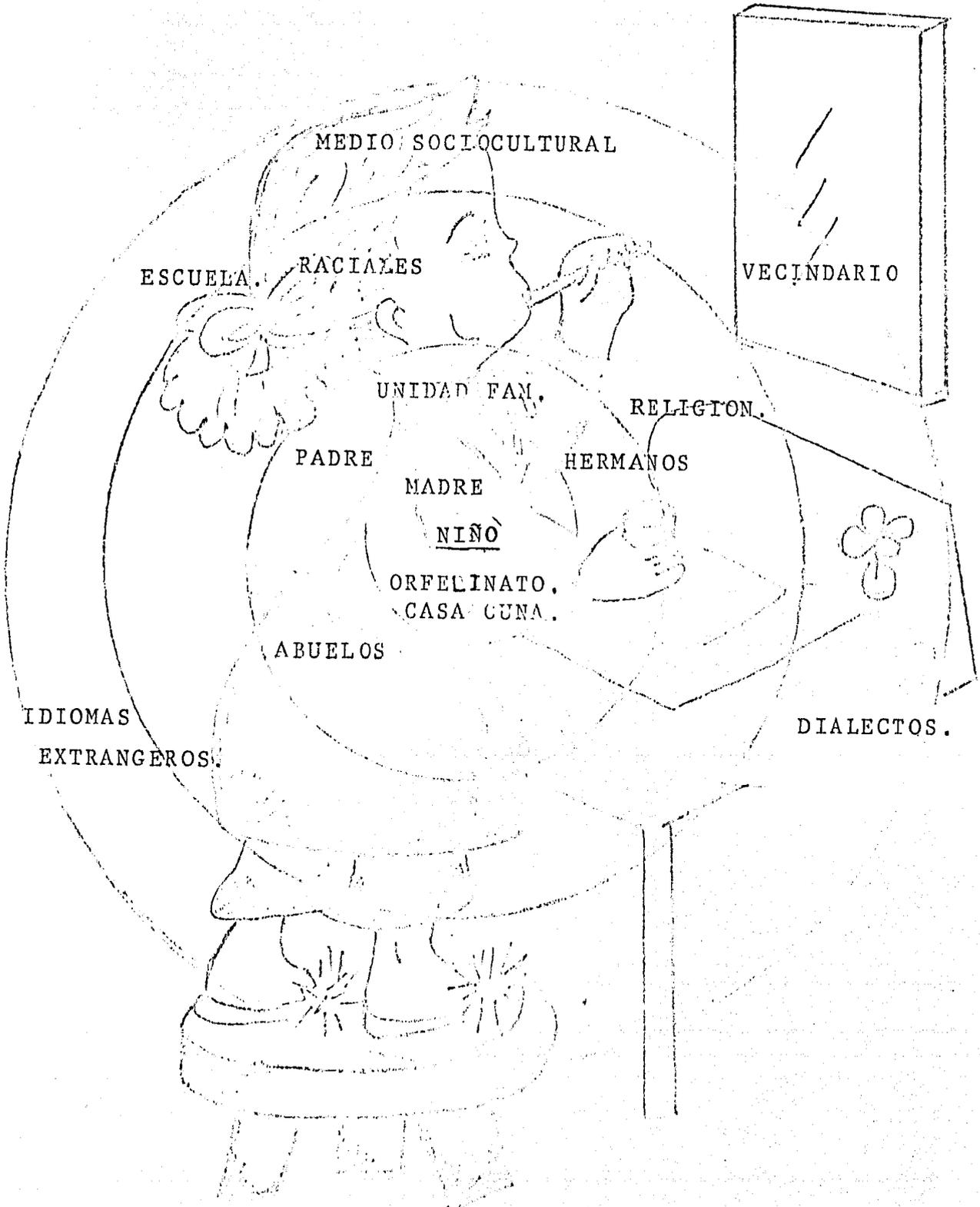
En el siguiente diagrama, se representa el ecosistema donde nace, crece y se desarrolla el ambiente, el medio social que por procesos permanentes de interacción sobre el lo personal y genético, actúan modelando su personalidad socializándolo a través de la familia, de la escuela y de otras instituciones sociales. La miseria, desnutrición abandono, etc., actúan como fuerzas negativas, que cuando no producen la muerte, afectan su salud física y mental, produciendo toda clase de desajustes físicos, psíquicos y planteando graves problemas para su desarrollo.

Según Karen Horney, el niño carente de asistencia y protección del adulto, normalmente representada por la familia, iniciará en esta fase el conflicto de ansiedad básica, ésto es la sensación que el niño tiene que estar solo, e indefenso en un mundo potencialmente hostil.

Diversos factores ambientales pueden generarle esa inseguridad.

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

MEDIO SOCIOCULTURAL.



Cada cultura tiene sus propias cualidades o rasgos, así- como diferentes creencias, religiosas, número de integran- tes de la familia etc..Estos factores difieren de acuer- do al sexo, clase social, cultura, edad, etc.,

Proporcionan puntos de referencia, a partir de los cuales es posible comparar las aportaciones psicosociales de un individuo, en relación con otro cuyo desarrollo y ambien- te son similares.

Es otro motivo a buscar, la estima social en lo que hace- mos, o evitar lo que provoca la desaprobación social.

Llevado al extremo, se convierte en una tendencia compul- siva a conformarse con las normas del grupo. En este caso la persona, trata todo el tiempo de determinar lo que los demás aprueban y actuar de acuerdo con ellos.

Esta tendencia, tiene sus raíces en la niñez, cuando los padres establecen lo que es lícito, e ilícito.

El niño aprende a agradar a sus padres para obtener la - satisfacción de sus necesidades, o aprende a evitarlo, - por el temor del castigo.

El deseo de gustar, se generaliza fácilmente a otros in- dividuos.

De hecho, cuando el niño va a la escuela y se convierte- en adolescente, descubre que sus maestros o compañeros, - pueden castigarlo si los desagrada.

Estos son entre otras las principales motivaciones que -

el individuo va adquiriendo en el devenir de la vida, y que se desarrollan de acuerdo a su medio y circunstancias particulares.

Estudios realizados en niños educados en diferentes partes del mundo, bajo una gran variedad de circunstancias sociales y físicas, indican que los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse dentro de ciertos límites, a variantes que permiten que el niño se desarrolle y funcione de modo saludable.

Wright y Alpern, al investigar la influencia de las clases sociales de los padres, con respecto a la conducta de sus hijos, confirman haber obtenido una mejor cooperación por parte de los niños, procedentes de clases sociales media o baja.

Así mismo, la contribución de los padres con respecto a la conducta cooperativa, no debe ser generalizada, por lo que debemos relacionar al paciente individualmente.

La observación directa de los efectos contraproducentes que influyen en los niños de corta edad, la privación absoluta del cuidado materno ha sido estudiada por gran número de pediatras, psicólogos y especialistas en pediatría infantil, comprobando que el desarrollo del niño, puede ser afectado físicamente, intelectualmente, emotiva y socialmente por dicha privación.

También pueden aparecer síntomas de enfermedades mentales y físicas.

El sentimiento de angustia más precoz y más arraigado del hombre, se encuentra asociado con la imagen de los padres que educan y castigan.

Los padres tienden a emplear su propia educación, como modelo para educar a sus hijos, este modelo es favorable siempre y cuando sean sensatos y se ocupen de su cuidado por lo contrario, si se desarrollan en medio de privaciones, falta de cariño, dirección, o se encuentran expuestos a rechazos, abusos físicos o comentarios, que le causen daño y provoquen lesiones psicosociales, será desfavorable. Sin embargo los problemas son necesarios para el desarrollo y las inseguridades, son no sólo inevitables sino valiosas para el progreso humano.

En algunas ocasiones, los padres ridiculizan al niño como una técnica de control, por lo que debemos considerar si el niño ha sido acostumbrado a obedecer al regaño, o a la restricción. Los adultos deben aceptar al niño como es.

Esto significa que sus intereses son tan importantes en su nivel, como aquellos de los adultos en él propio, siendo por lo tanto dignos de respeto y comprensión. Sería deseable, que los adultos no descargan parcial o totalmente sus tensiones sobre los niños, para que éstos tuvieran, un mejor y más saludable desarrollo mental, emocional, -

sin embargo ésto no sucede en la mayor parte de los casos. Si la relación niño-adulto es positiva, contribuirá a un óptimo desarrollo integral del primero, preparándolo para hacer frente a los problemas afectivos de su vida. El niño relativamente pequeño y desamparado, teme al padre-relativamente grande y poderoso.

El niño siente que su destino y su vida están en las manos de esta figura poderosa, y a merced de caprichos de esta autoridad. Generalmente los años no logran borrar esta primera percepción de los padres y la angustia asociada con élla.

Estas situaciones u otras similares, producen un estado de angustia y malestar agudo, que la realidad del acontecimiento no justifica de ninguna manera.

El dentista y el médico, también son símbolos de autoridad y representan en la memoria inconsciente del enfermo una figura familiar del pasado que podrá hacer daño o herir.

Es casi inevitable que el dentista reconozca que cuando se encuentra en su consultorio, vestido de blanco con instrumento en la mano, casi siempre despertará en el paciente un sentimiento de ansiedad, basado en parte en su significado simbólico como figura de autoridad.

El hecho incontrovertible de la pequeñez y debilidad del niño, en un mundo de adultos poderosos, es la causa más frecuente de angustia en la infancia.

Este sentimiento, puede dominarse mediante mecanismos de comprensión, como el logro de la independencia y el dominio.

Para ayudar a los niños a descubrirse a sí mismos, los adultos también deben estar involucrados en este problema, por lo que ningún conocimiento es más importante para la vida, que el conocimiento de sí mismo.

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA CONDUCTA DEL NIÑO.

A) ANSIEDAD DE LOS PADRES.

Es un tema de interés para el investigador clínico, con el que puede establecer la relación existente, entre el comportamiento del niño (paciente).

La ansiedad y el miedo, son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad basadas en el sentido y significado emocional.

Una situación puede suscitar miedo o ansiedad, porque significa peligro, o amenaza para la persona, aunque en realidad no exista tal. Lo importante es saber como la percibe el hombre y de qué manera le afecta.

Sin embargo, en la vida, hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas. Una de estas situaciones es la visita al dentista o al médico.

El miedo es una respuesta emocional, realista es la reacción a una situación que constituye un peligro, o una amenaza real.

La ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas solo simbólicamente. La ansiedad es intangible, mientras que el miedo, por lo contrario es concreto y sirve por lo general para poner al organismo en alerta,

contra posibles peligros que no están todavía claramente definidos.

La angustia, estimula las reacciones de defensa y evita, por ejemplo acudir al consultorio dental.

Surge la angustia, que provoca un estado de tensión y cambios emocionales, aunque el dentista no haga daño ni lastime. La ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor y aumentar la tolerancia a los medicamentos, por lo tanto, es preciso saber reconocer y tratar estos aspectos de angustia y anticipación, que presenta el dolor.

En un momento dado, los factores, que llegan a influir en la conducta del niño, en el consultorio dental, se deben frecuentemente, a experiencias obtenidas por los padres, (ya sean agradables o desagradables), a través de sus tratamientos odontológicos que son transmitidos a los hijos: por lo que la situación ideal es aquella en la que los padres se encuentran libres de aprensión, en relación a la primera cita de su hijo con el dentista, debido a que sus antecedentes de historia dental fueron aceptables.

El temor o angustia de la madre, es decir la ansiedad Materna, demuestra ante el tratamiento dental, una influencia sobre la conducta del niño, antes y durante la primera consulta, así como la aceptación o rechazo que éste manifieste en el futuro.

- 3.1 -

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

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

Por otra parte, si se sobrecarga a los padres con correspondencia informativa, que incluye desde una simple bienvenida, hasta cuestionarios complejos, volantes, etc. puede provocar confusión y ansiedad en el ánimo de éstos. Recomendada a veces, el envío de una carta a los padres previa a la cita del niño, evitando toda clase de terminología dental incomprensible, en donde se explique la importancia que significa para todos, el resultado de esta primera consulta, de mantenerse tranquilos, mientras se encuentran en la sala de espera, (que se recomienda en un breve lapso) ya que de lo contrario, puede provocar confusión y ansiedad, en el ánimo del niño.

Se debe insistir sobre las ventajas que representa el conservar un buen cuidado de la salud dental y visitar periódicamente al dentista.

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

Cuando se practicaron de una manera conveniente en el niño todos los procedimientos, se obtuvieron como resultados un mejor comportamiento en la toma de radiografías, exámen bucal, profilaxis etc.,.

B) RELACION CON LOS HERMANOS.

Se ha considerado a los hermanos, como posible fuente potencial de ansiedad y miedo. La mala conducta del niño pequeño que, en el consultorio puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor, al proceso de reproducir el comportamiento exhibido por un modelo, se le llama identificación.

Como consecuencia de la imitación, el niño piensa, siente y se comporta como su modelo, generalmente entre ellos, se comunican sus experiencias con el dentista.

La actitud desarrollada por el hermano mayor, es un sistema prefabricado para que el hermano menor, aprenda de él.

Esto es verdadero, siempre y cuando el hermano más pequeño no haya tenido experiencia previa con el odontólogo, el niño que nace primero, adquiere la conducta de sus padres como modelo, a diferencia de los pequeños, que además de tener la de los padres, tienen la de sus hermanos mayores.

El dentista, deberá decidir sobre la conveniencia o inconveniencia, de permitir al niño observar a su hermano. La presencia de los hermanos mayores, parece mejorar la conducta del hermano menor, durante las visitas dentales subsecuentes, aunque esto no puede ni debe generalizarse.

C) INFLUENCIA DEL COLEGIO EN LA CONDUCTA DEL NIÑO.

EDAD PRESCOLAR DE 3 A 7 AÑOS.

Desde la aparición del último molar, hasta la caída del primer diente. Esta edad es importante para el educador como para el dentista, por ser en muchos aspectos decisivos en la vida del niño, ya que se asegura que éste será el resto de su vida, lo que sea a los 5 años.

El niño siente la necesidad de desplazarse física y mentalmente por el mundo. El desarrollo y control de sus músculos, le provocan una actitud notoria, cuya inhibición le resultaría imposible. Andar, correr, trepar, ejercicios de equilibrio y agilidad etc., son manifestaciones de esta incontenible actividad.

Los sentidos, que han adquirido amplio desarrollo, son fuentes generadoras de actividad en esta edad.

Esta es la época clásica del juguete, el niño gusta de aquéllos que tienen un valor representativo, de objetos que usan los adultos.

La imitación, es fuerte en esta edad, sobre todo en las actividades motoras como el modo de andar, de comer, de hablar etc.. Remedar es un gusto muy generalizado.

Como su mente empieza a desprenderse de sí misma, entran al mundo con el deseo de saberlo todo, preguntando el qué, el cómo, porqué y el para qué de las cosas.

El juego es un placer. Los juegos no son organizados sino de imitación y de imaginación, activos y llenos de varias ciones.

En esta edad, se inicia en el niño el trabajo, pero no el que tiene finalidades económicas sino el que se parece al juego y el que tiene por objetivo la actividad.

Ese trabajo se designa como trabajo creador.

La observación de las cosas y fenómenos, es siempre sincrética o de conjunto, pues el análisis y la clasificación de partes, no corresponde a esta edad.

Añadamos que el egocentrismo, con la imitación, el juego y el sincretismo, son las principales características del niño.

Generalmente los pacientes prescolares son inquietos no se separa fácilmente de la madre.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS:

1) Su curiosidad es muy activa y grande, el afán de enriquecer sus conocimientos con experiencias de primera mano, explorando por todas partes.

2) Predomina en esta edad los instintos, tendencias, actitudes y manifestaciones individuales.

3) Su mentalidad es imaginativa.

4) La tendencia lúdica o, es irresistible, prefiriendo los juegos imaginativos y de actividades de adultos.

5) La amplitud y persistencia de su interés se corta, pasan de una cosa a otra con rapidez, son inconstantes y movedizos.

6) El sincretismo y egocentrismo le son propios.

CARACTERISTICAS SOCIALES:

1) Carecen de control para ajustarse a las normas sociales, buenas maneras, reglas de urbanidad etc.

2) Sus instintos gregario y social, empiezan a despertar y sus relaciones de amistad son inestables.

3) Sus impulsos y formas de conducta, con frecuencia son antisociales, por el predominio de sus tendencias e instintos individuales.

DE 7 A 13 AÑOS.

Abarca desde la caída de los dientes, hasta las primeras manifestaciones de la adolescencia.

Esta edad es muy importante, ya que llega el niño a su plenitud en el desarrollo físico y mental.

Los intereses del niño son abstractos y siente grande su afán de explicarse las cosas y los fenómenos que tiene a su alrededor.

Según la ley Biogenética, los niños en esta edad, se encuentran en el período de artesanos y comerciantes de los pueblos y sienten afán por el cambio, el trabajo manual etc.

En esta edad, predominan los intereses concretos, Estas manifestaciones psíquicas deben ser tomadas provechosamente por el maestro, ya que el trabajo manual es básico y fundamental en el desarrollo del niño, a través de sus construcciones.

Ya el niño no piensa en sólo en sí mismo, sino que forma grupo de amigos o pandillas, clubes de barrio etc..

Sintiendo el interés social, de manera que sus satisfacciones personales las pospone a las del conjunto.

Hemos de comprender esta etapa de la vida infantil y no tratar de disolver los grupos, sino encauzar su acción convenientemente.

La inteligencia principia a emanciparse de la prisión de los sentidos y comienza a dar los primeros pasos por el campo de la abstracción, por lo que el trabajo se separa poco a poco del procedimiento intuitivo.

Suafición por el paseo, la excursión, es mucha, ya que ha aparecido el instinto migratorio, debiendo el maestro - aprovechar esta nueva tendencia.

La constancia de los niños, su afán de superación, el - gusto por la actividad, deben ser utilizados por el maestro y la escuela para la formación de hábitos sociales útiles.

Este período es el que mejor ha de aprovecharse para la - impartición de conocimientos tipo hábito, pues general - mente baja esta capacidad, al iniciarse la adolescencia. En los aspectos moral, cultural, de acción, etc., este - período es decisivo, por lo que debe aprovecharse en una preparación eficiente y en la formación de costumbres a - decuadas.

SUS CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS SE RESUMEN:

- 1) Son impulsivos, espontáneos y su mentalidad está abierta a toda clase de sugerencias, aunque son capaces de - pensar, se conducen con irreflección.
- 2) En los primeros años, son afanosos coleccionadores.
- 3) Tienen muy despierta la imaginación.
- 4) Por lo que ve a sus intereses, son múltiples y movedizos, aunque después constantes y persistentes.
- 5) Los procesos mentales han alcanzado ya madurez,

- 6) En un principio egoístas se vuelven altruistas.
- 7) Su imaginación es fantástica, activa y de emotividad.
- 8) Sus instintos de lucha se canalizan hacia la competencia en el juego, hacia las emulaciones del trabajo.
- 9) A menudo son crueles, atormentando a otros niños y a los animales.
- 10) Los mayorcitos, sienten gran necesidad de llamar la atención, les gusta que se les tome en cuenta, son muy sensibles al sentimiento del honor,
- 11) Cuando empiezan el tercer ciclo, presentan marcada tendencia a criticar toda clase de verdades, costumbres, normas de instituciones etc.

CARACTERISTICAS SOCIALES:

- 1) Aunque egoístas al principio, van apareciendo sus instintos sociales y el espíritu de cooperación, fortaleciéndose con sus juegos y deportes.
- 2) Tendencia a organizarse en pandillas.
- 3) Los valores morales y sociales, aunque comprendidos no tienen significación para ellos, salvo que los afecte más tarde ocurre lo contrario.
- 4) El sentimiento del honor es claro.
- 5) Su afán de llegar a ser algo grande, les preocupa, pero no aciertan a descubrir su vocación, que se encuentra en estado nebuloso.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIÑO CUANDO HACE SU PRIMERA-VISITA AL DENTISTA.

A) FACTORES FAVORABLES.

a.-Medios educativos sobre salud,

a.-Influencias positivas de los padres y otras personas.

a.-Experiencias agradables en el consultorio, sin dolores, ni molestias.

B) FACTORES DESFAVORABLES.

b.-Escuchar experiencias desagradables, (artículos, dibujos televisión, programas de radio empleados negativamente.)

b.-Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

C) FACTORES QUE PROVOCAN TENSION.

c.-Ambiente extraño al niño, acompañante inadecuado, empleo de lenguaje desconocido, dolor y enfermedad,

D) FACTORES QUE PUEDEN REDUCIR LA TENSION.

d.-Acompañante adecuado, (familiar) restringir movimientos corporales.

E) FACTORES QUE MUESTRAN EL ESTADO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

e.-Su ego, calidad de la relación madre e hijo, fantasía acerca del dolor y enfermedad.

Se ha discutido mucho sobre la conveniencia o desventaja de la presencia o no, de la madre, durante el tratamiento dental.

Schwartz se dió cuenta de que los padres transmiten una mayor ansiedad y miedo a sus hijos, por lo que se establece una mejor relación, paciente-dentista cuando éstos

no se encuentran: además considera que la asistencia deberá transmitirle confianza al niño, ya que al llegar a sustituir a la madre en un momento dado, durante la visita al dentista.

En cambio Chamber permite al niño estar acompañado por la madre durante el tratamiento, pero únicamente como estricto observador y no enfrente de su hijo, ya que si siente ansiedad, se la transmitirá, produciendo un efecto contrario al deseado, debiéndose entonces retirarse.

También ha llegado a la conclusión de que si la madre es motivada e instruída adecuadamente, puede llegar a ser de gran ayuda para lograr establecer una corriente de simpatía entre el niño y el dentista, teniendo siempre en cuenta la edad del paciente.

Y Massler, opina que, la decisión de dejar entrar o no a la madre durante el tratamiento, dependerá de lo que sea mejor para ambos.

No debemos atenernos a recomendaciones o reglas escritas, como normas generales para todos los casos.

La presencia de los padres, dependerá de circunstancias muy especiales tales como: edad, idioma, dependencia del niño hacia la madre, incapacidad física, mental, información personal etc., pero será el profesional, que hará la evaluación según el caso particular.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los-

niños en el consultorio dental. No se debe dejar el tratamiento para después, ya que ésto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo.

Posponer situaciones así, pueden seguir indefinidamente y será nefasto para sus dientes.

Si el tratamiento tiene que producir dolores, aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño y conservarsu confianza, que dejarle creer que ha sido engañado.

Con simpatía y tacto, se establece la relación y los procedimientos operatorios se vuelven interluídos, agradables, esperados con placer por el dentista y el niño.

Como se ha comprobado que este método tiene gran éxito.

PRIMER PASO.

Es saber si el niño teme exesivamente al tratamiento y por qué. Lo cual se puede descubrir preguntándole a los padres acerca de sus sentimientos personales hacía el dentista, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca.

SEGUNDO PASO.

Familiarizar al niño, con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma exesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se cambia por curiosidad y cooperación. A los niños se les puede acercar por medio de su curiosidad.

A todos les encanta los instrumentos nuevos, cualquier -

tipo de mecanismo o equipo les interesa y llena de gozo, y que mejor lugar que la sala de tratamiento.

Puede disminuirse el miedo, permitiéndolo y alentándolo al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo.

En la primera visita, deberá realizarse solo procedimientos menores e indoloros.

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

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

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

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

En lo que respecta al aspecto psicológico de esta primera visita, se hace hincapié que por primera vez el odontopediatra va a conocer a su paciente, que proceda a realizar el exámen médico, que además de brindarnos una seguridad, es un motivo de toma de contacto con el niño.

Pero además se debe de intentar hacer el exámen y estudio psicológico.

El niño es visto primero en compañía de sus padres, para dejarles exponer el motivo de la consulta.

Después de este primer contacto, conviene escuchar por separado a cada uno de ellos, siempre y cuando la separación, no provoque reacciones importantes de pánico o de oposición.

Ya con el estudio de los antecedentes familiares y las condiciones de vida del niño, suponiendo así un primer acercamiento psicológico de las personalidades tanto maternas como paternas.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita, sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso.

En esta situación, como en todas las demás la veracidad del dentista es esencial. Franqueza y honestidad, serán rentables con los niños, al niño deberá decirse de manera natural que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor.

También se le puede decir que, cuando sienta demasiado dolor, el dentista parará o lo hará con más suavidad.

A la mayoría de los niños les gusta que el dentista les hable, se sienten menos ignorados y olvidados.

El odontopediatra deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor, trabaje suave y cuidadosamente y no pierda tiempo ni movimientos.

El niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabarán.

PREPARACION DEL NIÑO PARA SU PRIMERA VISITA AL DENTISTA,

La visita al odontólogo, es para el niño, una nueva experiencia que generalmente desencadena tanto nerviosismo como dolor. Esto viene a causa de que la mayoría de los pacientes, acuden a consulta, cuando la salud bucal es deficiente e incluso existe dolor.

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe prever que la tarea le resultará algo difícil, nunca debe perder su control, ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión, hacia la situación en que se encuentra el paciente.

El odontopediatra se encuentra en posición de alterar el patrón de crecimiento y de resistencia a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

La odontopediatría trata generalmente de la prevención. En realidad, no hay ninguna fase importante de este campo, que no sea preventiva en su perspectiva más amplia. Desde este punto de vista, la odontopediatría, es en verdad un servicio de dedicación, puesto que la prevención, es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad.

Es agradable observar, que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio, para trabajos de corrección,-

pueden clasificarse como buenos pacientes, también es cierto que la mayoría de los niños, llegan al consultorio, con algo de aprensión y miedo, pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan.

Un número considerable de niños reciben información referente al dentista y ambiente del consultorio, aún antes de vivir su propia experiencia.

La mayoría de las veces, ese conocimiento es vago y no totalmente apegado a la realidad, ya que en general, las personas sienten aversión hacia el tratamiento odontológico.

Illingsworth declaró: que los niños problema, son niños con problemas. El dentista tendrá éxitos más duraderos, al manejar al paciente, si trata de reconocer estos problemas y ajusta su enfoque psicológico, de acuerdo con estos conocimientos.

Una vez que el niño se enfrente a su primera consulta, se siente angustiado y atemorizado, por lo que éste representa en cuanto al dolor físico.

El niño en ocasiones se avergüenza de su propio temor, exagerando los dolores soportados para disculparse a sí mismo, por lo que se enfatiza, que la función y objetivo del buen odontólogo, es evitar el dolor y no producirlo hasta donde sea posible.

Por otra parte, deben pensar que para la buena conserva-

ción de los dientes, los niños deben soportar ciertas molestias, tampoco hacerlos sentir que tienen o que padecen un problema grave en su boca, ya que ésto les provocará una mayor ansiedad y temor.

En todo caso, si ésto fuera realidad, es recomendable no hacer comentarios negativos al respecto, aunque tampoco engañar al niño.

Es interesante observar que, el comportamiento del niño, puede cambiar en períodos de tiempo muy pequeños.

Puede que el niño a los dos años, coopere y sea dócil - mientras que a los dos años y medio, se comporte difícil y contradictorio. Su comportamiento poco cooperativo, se puede deber a sus deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él pueda interpretar, como una amenaza para su bienestar.

Ya que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor, puede manifestarse en conducta desagradable, sin que ésto tenga relación con la razón, o con saber que existen pocas razones para asustarse.

A pesar del deseo que tiene el niño de agradar, se le hace imposible ser complaciente, en presencia de un miedo insoportable al dolor.

CAPITULO IV

MANEJO DE LA CONDUCTA,

MANEJO DE CONDUCTA.

Dentro de los factores que pueden llegar a modificar la conducta, se consideran el empleo o no, de reforzamientos que pueden llegar a aumentar en un momento dado, la frecuencia de la conducta deseada. Estos se van a clasificar en diferentes clases como:

A) Positivos: Dentro de este grupo, se encuentran las si guientes acciones: caricias, palabras de elogio, y sobre todo, prestarle atención, así como mostrar interes por lo que está haciendo el niño.

B) Reforzadores Simbólicos: Se encuentran representados por objetos materiales, con los cuales el niño fortalece su comportamiento adecuado.

El castigo, es ocasionalmente necesario y por definición, podría ser una causa que disminuirá o eliminará la conducta original.

Rosenberg da su punto de vista, con respecto a los refor zadores y castigos, dice: que podemos aprender a emplear los instrumentos de la psicología, particularmente aquellos concernientes a la conducta humana. En este estudio, concuerdan Berenie y Ripa, respecto a la definición de reforzador y castigo, sin embargo concluye diciendo que un reforzador no es necesariamente un premio, así como un castigo, no es necesariamente doloroso.

El reforzamiento inmediato, identifica la conducta deseada. Debido a la complejidad de la misma y al nivel de capacidad del niño,

No es real, el esperar un comportamiento satisfactorio inmediato. Tanto las críticas, como el regaño, pueden llegar a emplearse como reforzadores, para llamar la atención del paciente,

Se recomienda, que la recompensa material, sea dada al final de su visita con el dentista,

FUENTES DE CONDUCTA NO COOPERATIVAS,

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

- A) Conducta adquirida.
- B) Emplear la vista del dentista como un castigo.
- C) Ansiedad del niño, tanto interna como externa.
- D) Discusiones de experiencias odontológicas, desagradables frente al niño.

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

Se ha demostrado, que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño, va a tener repercusión sobre su comportamiento, así tenemos que la preocupación por los problemas, tales como pobreza, trabajo inadecuado, relaciones familiares infelices, fricción matrimonial, fatiga, enfermedad, etc., son factores que pueden agotar la capacidad, tanto del padre, como la madre, de dar algo a los demás. Por el contrario, si el niño vive en un ambiente en donde hay buena alimentación, alojamiento confortable, cariño, atención y protección de los padres, son factores que

van a contribuir en su formación de carácter y convivencia con otras personas,

PERSUASION,

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

La persuasión nos ayuda, a lograr un mutuo entendimiento, entre dentista y paciente, sobre lo que se está hablando que es uno de los principales objetivos que se pretende obtener,

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

El odontólogo, deberá aceptar al paciente, no solamente cuando demuestra buena conducta, sino también cuando es rebelde y agresivo, pondrá atención a sus palabras y sentimientos, contestando sus preguntas, de la mejor manera posible sin dar rodeos, empleando un lenguaje y concep - tos al nivel de su entendimiento,

Se deberá explicar al niño, cómo y porqué se van a emplear los aparatos con los cuales va a tener contacto, evitando cualquier comentario que pudiera ser mal interpretado, o que alarme al paciente provocando temor y desconfianza. Los materiales que se usen dentro de la boca como restauraciones con amalgamas de plata, coronas de acero-cromo, policarbonato, sellador de fisuras, toma de impresiones con alginato etc., deberán ser explicadas detalladamente, evitando el empleo de palabras completamente desconocidas para él.

En el caso de pieza de mano, no sólo se le permitirá sentir la vibración, sin presión tratando de que logre llegar a diferenciar entre ruido, vibración y dolor. Esta técnica deberá de ser empleada desde que el niño entra al consultorio, hasta el fin del tratamiento.

Al niño se le deberá mostrar absoluta confianza, para que nos pregunte sobre aquello que cause miedo, como sería el equipo dental, o el tratamiento que se esté realizando y no intentar callarlo, puesto que perderíamos su confianza.

MODELAJE,

Esta técnica, tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente, logrando una reducción del miedo y ansiedad. Con la técnica de modelaje, se ha logrado obtener tres finalidades, que son;

- 1) Adquirir una nueva conducta,
- 2) Eliminar el miedo que se encuentra asociado con un estímulo,
- 3) Obtener la atención del paciente, Adelson llevó a la práctica un estudio, en el cual demostró que gracias al patrón del video tape, se pueden lograr cambios en el comportamiento del paciente, temeroso de los dentistas, En la práctica privada, debemos considerar el tiempo que se encuentran en la sala de espera, antes de ser atendidos, ya que pueden encontrarse influenciados por la ansiedad materna. El modelaje vendría a beneficiarlos, con un mínimo de esfuerzo,

CAPITULO V

A N E S T E S I A L O C A L ,

INTRODUCCION A LA ANESTESIA LOCAL,

A la mayoría de los niños, la inyección del anestésico local, es el procedimiento más desagradable que encuentran dentro del consultorio dental. Muchos niños se tornan aprensivos, antes y durante la inyección, dificultando el control de sus movimientos.

Lo que constituye un serio problema durante la inyección con frecuencia se calman y se tornan dóciles durante el resto del tratamiento.

Los niños rápidamente adoptan un estado mental agitado, por visiones deformadas de la aguja o la inyección, y pueden desquiciarse bajo el miedo que produce la inyección, el tratamiento dental, generalmente se lleva a cabo con poca o ninguna dificultad.

Con frecuencia, la inyección del anestésico local, para el niño aprensivo, se lleva a cabo utilizando la fuerza. Este método requiere que el ayudante sostenga las manos y los pies, mientras que el dentista sujeta la cabeza, todo esto mientras se trata de mantener abierta la boca y llevar la aguja al sitio correcto.

Esta experiencia, es desconcertante para todos los participantes. El dentista se cansa, se altera y el niño se vuelve aún más recio. El asistente dental, cansado de sujetar al niño en el sillón dental, duda mentalmente acerca del profesionalismo del consultorio.

El niño que reacciona con violencia a la inyección, o que demuestra miedo y aprensión, mediante llanto y otras manifestaciones fisiológicas, es un candidato para el uso de sedación por inhalación.

Existen otras situaciones, en que la utilización de sedación por inhalación de óxido nitroso y oxígeno, ha resultado útil, tanto para el dentista, como al paciente.

La administración de anestésico local, juega un papel importante en la práctica diaria, por lo que se deben tener en cuenta los siguientes detalles:

a) Quien trabaja con niños, deberá tratarlos individualmente según edad y mentalidad, recordando que muchos no tienen, el suficiente dominio de sí mismos y expresan sus sentimientos desagradables en diversas formas y tonos.

b) Deberá tener conversación con el niño para entender si ha tenido una experiencia previa, desagradable o no, se le dará una explicación del empleo de la anestesia y de los efectos que ésta le va a producir, nunca se le mentirá acerca de la molestia o dolor, ni alejarlo de éllo. Para los niños que nunca han tenido experiencia con anestesia local, se le explica la sensación de adormecimiento de los tejidos, y se recomienda darle un espejo al niño, inmediatamente después de aplicarla para que observe que nada a modificado su cara.

El odontopediatra deberá demostrar seguridad con una actitud positiva, cuando se aproxime al niño, debe confiar en su habilidad, no manifestando gestos de preocupación o susto ya que afectarían al niño, si éste se encuentra observándolo, también la asistente le mostrará seguridad al niño, prodigándole verdadera sensación de confianza, Es importante el empleo de anestésico tópico en el sitio donde se haga la punción, por lo menos 1 min, antes de su aplicación, para lograr un mínimo de dolor y angustia, En el momento de la aplicación del anestésico, se deberán evitar manipulaciones bruscas del dentista,

Es primordial evitar que el niño observe como prepara el anestésico, para que se pueda llevar apropiadamente a la boca,

Es muy importante que se distraiga su atención en esos precisos momentos, con pláticas sobre temas completamente ajenos a la odontología, por lo que debemos evitar el silencio.

Existen dos tipos de halago:

a) Los positivas, que son los que se dan verbalmente, por medio de frases, palabras de aceptación, de estímulo, sonrisas o caricias físicas, y la proximidad,

b) Las negativas, como amenazas con acciones físicas, gestos, etc., si se emplean constantemente, son halagos negativos, se deberá considerar el precio o consecuencias que esto puede ocasionar, Deberá existir ante todo una

mutua simpatía, antes de iniciar el tratamiento para que de este modo, muchas órdenes sean más tarde efectivas. - El odontopediatra debe hacer entender al niño, que está capacitado para ayudarlo sin hacerle ningún daño innecesario.

Debemos tener en cuenta, que los niños de 2 1/2 años y 3 años de edad, son generalmente incapaces de entender expresiones directas, así como súplicas de respeto a objetos presentes; como es un niño bueno, portado bien etc., son palabras poco probables, que sean comprendidas por el niño, ya que desconoce el significado de ser bueno.

Los niños de 3 y 7 años de edad tienen mayor desarrollo intelectual.

Los niños de 5, 7 y 9 años de edad, son capaces de actuar socialmente, aunque algunos no entienden, la consecuencia de sus acciones.

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

El dentista será el transmisor.

El consultorio, el miedo.

El paciente, el receptor.

El transmisor, preparará la información para ser transmitida, después el mensaje, será recibido y decifrado, el transmisor espera que el receptor, lo acepte y lo inter-

preste sin distorsionarlo.

Ya que el consultorio es el medio en el cual proyectamos nuestra comunicación, éste deberá ser tranquilo, para que el niño nos preste atención. La sala de espera deberá ser agradable.

El dentista, deberá asegurarse de que su transmisión sea interesante, informativa, amigable, confidencial y sincera.

Debe tener paciencia, pero hacer sentir su autoridad, tener suficiente habilidad para trabajar rápida y suavemente, debe comprender el carácter del niño y conocer su temperamento, para adaptarse a sus procedimientos.

CONTROL DE VOZ,

La importancia que tiene el tono de voz, que el dentista emplea para dirigirse al paciente, es necesaria ya que un cambio en el volumen, firmeza y suavidad de ésta, nos ayudará a obtener la atención del niño, que es el objetivo primordial tanto del control de voz, como de todas las técnicas que se emplean en el consultorio,

Debemos evitar las conversaciones monótonas, así como un tono de voz muy suave, ya que no es tan importante lo que se dice, sino cómo se dice, el control de voz, es más efectivo cuando se emplea en conjunción con la comunicación, cuyo propósito, es un mejor acercamiento con los pacientes.

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

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

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ,

Es una de las técnicas que se emplea en el manejo de los niños difíciles.

Descripción de la técnica de Levitas:

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

Después de pocos segundos, se vuelve a repetir lo mismo y se añade ¿Estás listo para que quite mi mano?,

Si el niño dice sí con la cabeza, se quita la mano,

Si una vez llevado a cabo esto, el niño continúa gritando, se repetirá la acción, cuantas veces sea necesario, hasta lograr el objetivo deseado,

Mientras el niño se repone, se entablará una conversación con el objeto de distraer su atención, Una vez realizado el tratamiento de esta cita, y antes de que el niño salga del consultorio, se le pedirá que haga dos favores, uno: "que se le quiere ver otra vez" y el otro, que les diga a sus padres "que se ha portado bien".

Varios autores dan su opinión al respecto, como el caso de Mc Gregor, manifiesta su desacuerdo calificándola como anticientífica, Davis y King sugieren que es un tratamiento muy drástico que podría llegar a ocasionar un

trauma psicológico, Sweet, considera que la técnica, no es necesaria, ya que actualmente se cuenta con métodos modernos de premedicación, Lauterstein dice: que estas opiniones preconcebidas y que es preferible observar la habilidad del dentista para su uso,

Finn, establece que es una medida extrema y sólo deberá emplearse como último recurso, opina que no es factible llegar a ocasionar un trauma psicológico, ni tampoco a afectar el comportamiento del niño,

La técnica nunca deberá ser utilizada como castigo y que se llevará a la práctica, en niños menores de 3 años y con retraso mental,

Esta indicada la técnica en los siguientes casos:

Histeria,

Berrinche,

Desafío y

Descontrol emocional importante,

El principal objetivo de esta técnica, es obtener el control del paciente para, que nos preste atención y nos escuche, estableciendo una comunicación, objetivo que puede lograrse al modular el tono de voz con autoridad, haciéndole entender que es el especialista, quien realizará cuando se hará su tratamiento, Obteniendo el control del niño, nos permitirá ver sus dientes hasta terminar el tratamiento completo de su boca,

Queda establecido que antes de aplicar esta técnica, deben haber sido agotados todos los medios, para establecer la comunicación niño-dentista.

CAPITULO VI

A N E S T E S I A G E N E R A L .

SEDACION,

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

Wolpe opina que la desensibilización es efectiva porque el paciente, es enseñado a sustituir una apropiada respuesta emocional inapropiada, (ansiedad),

D^r Zurilla ha sugerido, que tanto el proceso de relajación profunda, así como el imaginario de la desensibilización pueden no ser precisamente necesarios para lograr buenos resultados, con el empleo de esta técnica,

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

TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO,

En reconocimiento, a la importancia que tiene la salud oral, en relación con el cuidado del bienestar general, muchos dentistas, han provisto el cuidado dental de pacientes en hospitales.

Como consecuencia de la gran extensa destrucción dental, problemas emocionales, tanto mentales como físicos, muchos de estos pacientes, son atendidos bajo anestesia general, cuando son tratados. Sin embargo existen diversidad de opiniones al respecto, como las de Goldsteín y Dragón que dicen: que el niño, sufre de un trauma psíquico, como resultado de la operación, ya que se encuentra bajo un ambiente completamente nuevo y extraño para él, por lo que recomiendan trabajarlos, en los consultorios privados.

Contrariamente a la opinion anterior, muchos anestesiólogos, consideran muy peligroso realizar un tratamiento dental bajo anestesia general, en el consultorio privado ya que no se tiene en un momento, todo lo necesario para una emergencia.

Greene, Falcetti, Legault y colaboradores, han obtenido tratamientos exitosos, sin serias complicaciones, con pacientes que han sido tratados en clínicas institucionales, bajo anestesia general.

En este capítulo, se explicará una forma diferente, tanto en la distribución como en el número de integrantes -

del equipo, que intervienen en la anestesia general, El equipo se encuentra integrado por tres personas y el operador, el primer asistente estará adiestrado en la técnica de cuatro manos; el segundo asistente tendrá menos-experiencia que el anterior, integrando de esta manera lo que Philip C. Chiang y Roland Johnson llaman técnica de seis manos, cuyo objetivo es el de obtener una rehabilitación oral del paciente en una forma más efectiva, bajo anestesia general.

La rehabilitación oral deberá efectuarse en el menor tiempo posible, considerando todos los cuidados que este procedimiento requiere, maximizando la eficacia del equipo-integrante.

Philip C. Chiang, Ronald Johnson y colaboradores, han propuesto distintas posiciones, en que puede ser colocado el equipo y personas integrantes que participan en la operación, teniendo en cuenta sus necesidades básicas, para poder tener una mejor visión y acercamiento al paciente.

El equipo de trabajo, integrado por tres personas será ubicado de la siguiente manera; el segundo asistente, se encuentra colocado en posición opuesta al primero, formando la base de un triángulo, en cuyo vértice se encontrará el operador, logrando así una mayor visibilidad y acercamiento al paciente, facilitando la anticipación, de

la secuencia del procedimiento,

El anesthesiólogo y su equipo, se encontrarán a la derecha y por detrás del operador, o del segundo asistente, pero lo suficientemente cerca del paciente, para tener una visión directa sobre él,

RESPONSABILIDADES DEL PRIMER ASISTENTE,

Deberá preparar el cuarto de operaciones, de la siguiente manera: preparar y esterilizar en el autoclave las charolas con el instrumental dental, necesario tanto restaurativo, como protésico, unidad de Cavitron, o una soldadura eléctrica, También tendrá disponible una unidad móvil dental, mesa de Mayo, venoclisis, instrumental, charolas sillas y mesa de operación, toallas, gasa estéril para colocarla en la garganta del paciente, aceite o gotas oftálmicas, palangana con agua estéril, abre boca, tela adhesiva, esponjas estériles, germicidas y forceps sobre la mesa de Mayo, Checará que todas las piezas de mano, así como el control de aire y succión, se encuentren en buenas condiciones,

Inspeccionará el plan de tratamiento, placas, radiografías y equipo necesario para éllo,

Introducido una vez el paciente al quirófano, todo el equipo, deberá ser colocado en su lugar correspondiente. Ayudará al operador, a acomodar el campo operatorio, toallas en los hombros, protección de los ojos, gasa estéril en la garganta, retirando la lengua del paciente, con ayuda de un espejo o retractor, Para la toma de radiografías, que no han sido obtenidas previamente, mantendrá la posición de la cabeza del paciente, de tal forma, que

permita una buena toma de radiografías, asegurándose de que sean reveladas, quitar todos los objetos de joyería que traiga el paciente, dependiendo de las normas del hospital,

Ayudar al operador en la profilaxis, en la reexaminación y reevaluación del plan de tratamiento, que se llevará a cabo en los dientes que se encuentran destruidos o cariados, tratamiento con flúor, extracciones o algún otro procedimiento quirúrgico, con los cuales empleará guantes estériles.

Deberá mantener siempre un campo seco y limpio, para obtener una mejor visión. Asistirá al operador cuando retire el empaque de gasa de la garganta; a transferir al paciente a la sala de recuperación, remover el equipo e instrumental del área de operación, vaciar la botella de succión y asegurarse de que el área de operaciones, se encuentra razonablemente limpia, Esterilizar y colocar en su lugar las charolas con los instrumentos,

RESPONSABILIDADES DEL SEGUNDO ASISTENTE,

Ayudará al primero en los deberes previamente descritos, deberá checar y revisar las piezas de mano, seleccionar el instrumental, el material dental y medicamentos, que el operador y primer asistente le pidan, sin embargo deberá ser capaz de anticiparse a las necesidades del equipo, durante la intervención,

También llenará la historia clínica en relación a lo efectuado durante el acto quirúrgico, y acompañará al paciente a la sala de recuperación,

RESPONSABILIDADES DEL OPERADOR,

Revalorar la examinación física del paciente, así como su historia clínica, resultados del laboratorio, consultas, órdenes y procedimientos. Checar el equipo, instrumentos, materiales dentales y medicamentos antes de comenzar, asegurarse de que la posición en que se encuentran los integrantes del equipo, es la adecuada,

Tomar las radiografías necesarias, que no se obtuvieron antes del tratamiento,

Completar 5 o 10 min, de lavado de manos, al igual que sus asistentes.

Usar guantes estériles en caso de extracciones o cualquier acto quirúrgico, Completar la vestimenta del paciente, proteger sus ojos, colocar gasa estéril humedecida en suero en la garganta, radiografías y otros procedimientos dentales, empleando el dique de hule por cuadrantes, Informará adecuadamente a los asistentes de la secuencia de la operación así como de los medicamentos e instrumentos que serán empleados,

Informará al anesthesiólogo de cualquier cambio no usual en el color de la piel, respiración, posición de la cabeza, pérdida abundante de sangre durante la cirugía,

Completado el procedimiento, en el menor tiempo posible, con sus debidas precauciones, irrigará y succionará la gasa estéril, ayudará al anesthesiólogo en la sala de recuperación.

ANESTESIA GENERAL,

ASPECTO PSICOLOGICO,

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

Entre más pequeño el niño, más inmaduro es su Yo y por lo tanto su conocimiento y control de la realidad es confuso, e igualmente sus reacciones defensivas (síntomas) para manejar la ansiedad son más primitivas,

El escolar y el adolescente tiene una variedad de defensas más elaboradas, pero pueden presentar algunas más primarias en el post-operatorio. Los síntomas pueden aparecer en el pre o postoperatorio, aún días o semanas después y consisten en:

Lactantes y prescolares: inquietud, llanto, nerviosismo, trastornos del sueño, mayor apego a la madre, temores (a estar solo) a la oscuridad, al médico, agresividad, conducta regresiva (más infantil) irritabilidad, succión de los dedos, onicofagia, trastornos de la alimentación, enuresis, etc..

Escolares, adolescentes: tics, fobias, obsesión, hipocondría.

Es conveniente recordar que el acto anestésico, quirúrgico va asociado a otros eventos, que contribuyen en hacerlo

emocionalmente más traumático, y que son:

a) El padecimiento en sí, - Según sus características la puede ocasionar dolor, invalidez o distorsión de su esquema corporal.

b) La hospitalización, - De su medio familiar es llevado a un ambiente extraño, entre equipo y gentes desconocidas donde se le asignan un número de cama y expediente y se le impone un reglamento que debe observar.

En el caso de pacientes ambulatorios se atenúan las experiencias antes mencionadas, puesto que su estancia en el cuarto o estancia, en la sala de recuperación es mucho menor.

c) El acto quirúrgico, - Debe ser para el niño un procedimiento que no le produzca, ni le aumente el temor o ansiedad ya que el niño debe estar perfectamente premedicado no tiene por que sufrir ninguna alteración emocional. En caso contrario, si el niño entra al quirófano con un mal manejo de su premedicación, sí se presentarán situaciones muy desagradables para todos, pero principalmente para el paciente.

d) Cual es el tiempo que se necesita para preparar adecuadamente a un niño. A un niño sin problemas emocionales previos, basta una explicación honesta, detallada y en términos que pueda comprender, lo que padece, por qué,

lo padece y aclarándole que él no es responsable en modo alguno de su problema. Los procedimientos que se le harán las sensaciones o molestias que experimentará en el pre- y post-anestesia-operatorio, y asegurarles en caso de anestesia general que despertará en forma normal.

El sitio y equipo donde serán realizados la anestesia - será conveniente a este respecto visitar un día antes el quirófano o por lo menos conocerlo por medio de láminas - el lugar y equipo. También se puede ofrecerle la oportunidad de que lleve al hospital un juguete u objeto que - lo ligue con su hogar y de establecer una relación amistosa con el anesthesiólogo, cirujano, enfermera que en - cierta forma son figuras que sustituyen a sus padres. Además se debe informar a los padres de lo que pasará y - aconsejarles las las actitudes que deben adoptar.

Así mismo pedirles nos informen sobre algunos hábitos de limpieza etc., para proporcionarle la familiaridad de su realización.

e) ¿Hay secuelas?, si las hay repercuten en su personalidad las secuelas, son las ya mencionadas, pero en el niño que es informado y preparado de acuerdo a las consideraciones anteriores, estas secuelas serán leves y transitorias como una reacción normal ante el evento hospitalización-anestesia-cirugía.

En caso de no informarle y prepararlo, en el evento puede asumir reacciones no favorables, alterando intensamente su conducta y por lo tanto la de sus padres y medio -

ambiente, en su intento de controlarlo queda así establecidas las bases para una desviación de su desarrollo y - posteriormente una alteración neurótica o de su personalidad.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES,

A mi juicio, queda establecida la necesidad de incorporar la psicología clínica en la práctica adecuada a la odontopediatría, con nociones que se tengan de esa disciplina y mejor aún si se logra obtener más conocimientos básicos, indudablemente que nos capacitarían en este reforzamiento a facilitarnos el tratar de interpretar mejor, algunas de las actitudes que adoptan los niños con problemas de manejo del comportamiento, en el consultorio dental, También con mayores conocimientos, y en caso extremos sabremos cuándo debemos canalizar correctamente nuestros pacientes hacia el psicólogo, psiquiatra o neurologo . Se señala que la odontopediatría bien aplicada, no significa premedicar a todos sus pacientes y mucho menos, recurrir por rutina a los tratamientos bajo anestesia general.

Es necesario que el odontopediatra adquiriera cada día mas conocimientos acerca del niño, como ser humano que es, así como de su personalidad, ya que éstos conocimientos le serán tan útiles y convenientes, como el estudio de la anatomía, fisiología y cirugía,

Debido a que tanto el dentista como el paciente son seres humanos, se introducen factores sociológicos y psicológicos en la situación dental,

La personalidad, sentimientos, actitudes y comportamiento son factores determinados tanto como por sus necesidades Biológicas,

El dentista y el paciente también son producto de sus experiencias vitales, de su ambiente social,

Estas experiencias varían y poseen diferentes normas, valores y anhelos con responsabilidad en general,

Esto tiene el potencial de crear problemas de interacción profesional,

Cuando el dentista y el paciente conozcan las ramificaciones de estos factores sociales y psicológicos estarán mejor preparados para enfrentarse a los mismos y tratar de resolverlos,

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

RUBEN GAMBOA DE BERNARDE

EL CENTRO INTERNACIONAL DE LA INFANCIA

CENTRE INTERNACIONAL DE L'ENFANCE

pp.18-22

EDGAR ALBERTO CABRERA HIDALGO

PSICOLOGIA

pp.109-114

RAFAEL SAJON LA FAMILIA Y EL BIENESTAR SOCIAL

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

MONTEVIDEO URUGUAY 1976

pp.9-13

CHAMBERS DIVID W, COMUNCALING WITH YOUNG DENTAL

PATIENTS J,A,D,A,

VOL.93 pp,793-799 (1976)

ADDELSON R, AND GOLDFRIEND M,R,

MODELING AND THE CHILD PATIEND J, DINT CHILD

VOL.37 pp.476-488 (1970)

JOHNSON RONALD AND MACHEN BERNARD

BEHAVEOR MODIFICATION

TECHNIQUE AD MATERNAL ANXIETY J, DENT CHILD

pp,20-24 July August 1973

JOHN BOWLBY

LOS CUIDADOS MATERNOS Y SALUD MENTAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, PUBLICACION CIENTIFICA

p.164 pp.18-30 Agosto 1968

PSICOLOGIA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

L.JIMENEZ Y CORIA

pp,130-159

GHOSE LJ, GEDDON D, B, AND SHIERE F, R, EVALUATION

OF SIBBING SUPPORT J, DENT CHILD

Vo1.36 pp,35-40 (1969)

SHERMAN PREM AND SHARMA ANITA

PSICOLOGICAL MAN AGEMENT OF ANXIETY IN YOUNG ADULTS J,

DENT CHILD

Vo1.43 pp,42-44 (1975)

DESARROLLO PSIQUICO DEL NIÑO

A.A, LIUBLINSKAIA

COLECCION PEDAGOGICA GRIJALBO,